

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE D'ANGERS

ANNÉE 1971

N°

19

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

Diplôme d'État

par

Monsieur Daniel BILLABERT

né le 11 Septembre 1939 à PARIS (10^e)

Présentée et soutenue publiquement le

12 DEC. 1971

Contribution à l'étude
des Cancers primitifs
des voies Biliaires Extra-Hépatiques,
à l'exception des Ampullomes Vatiériens
A propos des 41 observations

Président : Monsieur le Professeur GUNTZ

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE D'ANGERS

ANNÉE 1971

N°

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

Diplôme d'État

par

Monsieur Daniel BILLABERT

né le 11 Septembre 1939 à PARIS (10^e)

Présentée et soutenue publiquement le

Contribution à l'étude
des Cancers primitifs
des voies Biliaires Extra-Hépatiques,
à l'exception des Ampullomes Vatériens
A propos des 41 observations

Président : Monsieur le Professeur GUNTZ

ÉCOLE DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE D'AMSTERDAM

1834

ÉCOLE DE MÉDECINE



FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ANGERS

Section Médecine : rue Haute de Reculée

Section Pharmacie : 16, Bd Daviers

DOYEN			<u>M. RENIER</u>
ASSEESSEURS	{	(Pharmacie)	<u>M. GERMAIN</u>
		(Médecine)	M. DESNOS
		(Médecine)	M. PILLET
		(Pharmacie)	Melle QUERO
DOYEN HONORAIRE			M. ROUCHY
PROFESSEURS HONORAIRES	{		M. AMSLER
			M. DAVID
			M. HY
			M. ROUSSEAU
			M. MARTIN

--oOo--

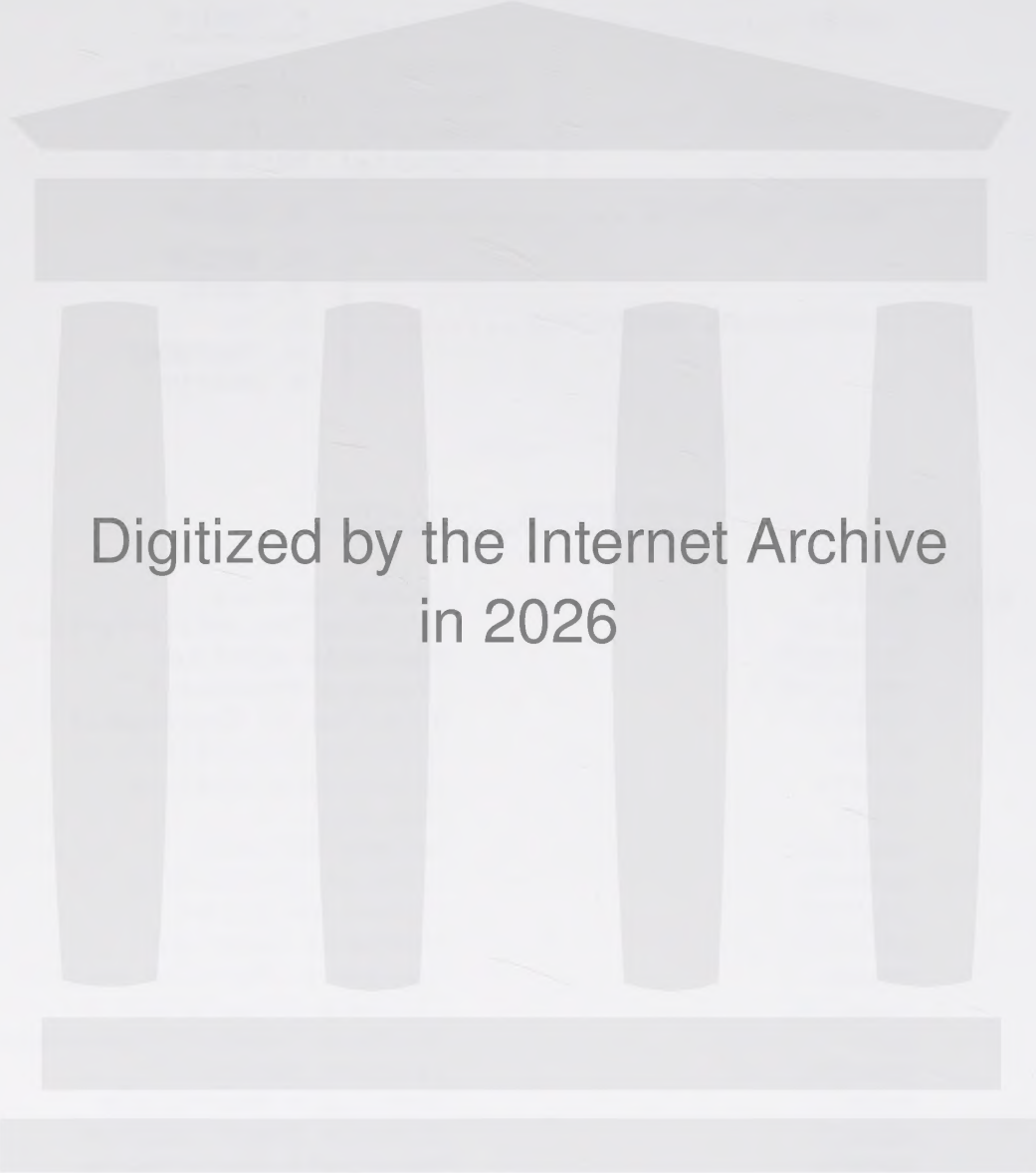
PROFESSEURS TITULAIRES

M.M. COTTIN DELAITRE DESJOBERT FRESSINAUD GERMAIN GOYER GUERIN GUNTZ HERISSET HERMANN JOLIVET LAFARGUE MENARD NAULLEAU OURY PERREAU REBEL RENIER ROGNON ROUCHY SIMARD	Chimie Générale Clinique Médicale Infantile Pharmacie chimique Clinique Médicale B Botanique et Cryptogamie Clinique Chirurgicale B Biophysique Médicale Anatomie Matière Médicale Clinique Ophtalmologique Chimie analytique Pharmacie Galénique Hygiène et Médecine sociale Clinique Chirurgicale A Clinique Pneumo-Phtisiologique Clinique Médicale A Histologie embryologie Clinique Rhumatologique Pathologie chirurgicale Clinique Gynécologique et Obstétricale Anatomie Pathologique
---	--

PROFESSEUR TITULAIRE à TITRE PERSONNEL

HOCQUET

Parasitologie



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545907_0008

PROFESSEURS SANS CHAIRE

BONNIOT	74, av. du Cdt Ménard AVRILLE	Clin. Médicale B
JOUBAUD	9, rue Froust ANGERS	Hépatologie Gas.Entérol.
PARSY	35, avenue Jeanne d'Arc ANGERS	O.R.L.
PERTUS	La Cheneraie Ste GEMMES s/Loire	Urologie
ROGNON	49, Bd du Roi René ANGERS	Chirurgie Générale
TADEI	18, av. des Marronniers ERIGNE	Méd. Gén. & Cardiologie

AGREGES

GOLDEWSKI	50, rue de Chateaudun PARIS 9°	Neurologie
TESTARD	2, place André Leroy ANGERS	Pédiatrie

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

ALLAIN	6, avenue Pasteur ANGERS	Pharmacologie
AUGEREAU	132, Bd Montparnasse PARIS 14°	Pharmacodynamie
BREGEON	28 bis rue de Brissac ANGERS	Rhumatologie
CAVELLAT	8, Domaine de la Croisette BOUCHEMAINE	Anesthésie-Réanimation
CAVELLAT	8, Domaine de la Croisette BOUCHEMAINE	Anesthésie-Réanimation
CARON	35, Avenue Jeanne d'Arc ANGERS	Electroradiologie
COULLAUD	25, rue d'Alsace ANGERS	Physiologie
DESNOS	26, rue Dr Guichard ANGERS	O.R.L.
EMILE	4, place de Lorraine ANGERS	Neurologie
FRESNEAU	38, place Bichon ANGERS	Médecine Interne
GIRAULT	41, rue de Belgique ANGERS	Biochimie Médicale
GROSIEUX	50, Bd du Roi René ANGERS	Gynécologie-Obstétrique
HUREZ	16, Esplanade du Val d'Or AVRILLE	Hématologie-Immunologie
HUYGHES- DESPOINTES	10, avenue Jean Lurçat AVRILLE	Biochimie Médicale
LARGET-PIET	29, rue des Arênes ANGERS	Pédiatrie Génétique
LARRA	18, rue La Fontaine ANGERS	Histologie
LE LIRZIN	2, rue Desjardins ANGERS	Gynécologie-Obstétrique
PILLET	18, rue Létanduère ANGERS	Histologie
PILLOT	307, route de Paris ANGERS	Bactériologie
PLANE	39, avenue Jeanne d'Arc ANGERS	Chirurgie Générale
PRELOT	11, rue du Dr Goujon PARIS 12°	Physiologie-Zoologie
QUEROT	90, avenue de Neuilly 92 NEUILLY S/SEINE	Microbiologie
RIBERI	6, rue Bigot ANGERS	Médecine Interne
SCHNITZLER	2, rue Gay Lussac ANGERS	Dermatologie Vénéréologie

DELEGUES DANS LES FONCTIONS DE MAITRES DE CONFERENCES

MARTIN FRERE	4, av. Herbillon 94 St MANDE	Chimie Génér. & minérale
THUILLIER	6, pl. Winston Churchill 92 NEUILLY s/Seine	Chimie Biologique
VALTON	6, allée des Bouvreuils, Domaine de St François d'Assise 78 La CELLE St CLOUD	Médecine légale
WARTEL	Clinique du Domaine de Vontes 37 ESVRES	Psychiâtrie

Par délibération en date du 28 Janvier 1966, la
Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations
qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres
à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation
ni improbation.

A ma Femme

avec toute ma tendresse et ma reconnaissance pour avoir
su me contraindre au travail certaines années.

à mes Enfants

Laurence, Jacques et Charlotte
avec toute mon affection.

A mes PARENTS

avec toute ma reconnaissance pour l'aide affectueuse qu'ils m'ont prodiguée pendant mes études.

A mes Beaux-Parents

ma seconde famille dont j'apprécie régulièrement la gentillesse

A ma Famille, en particulier ma Tante qui a été ma seconde mère durant mes premières années de médecine.

A notre Maître et Président de Thèse

Monsieur le Professeur GUNTZ

Professeur d' Anatomie

Chirurgien des Hôpitaux

dont nous avons pu apprécier la grande
culture anatomique et médicale.

Nous espérons lui donner satisfaction
dans notre travail futur.

Que cette thèse dont vous nous avez
inspiré le sujet et que vous nous faites
l'honneur de présider, soit le témoi-
gnage immédiat de notre respectueuse
admiration.

à Monsieur le Professeur GOYER

Professeur de Clinique Chirurgicale

Chirurgien des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d' Honneur

dont nous avons été l'élève et chez qui nous
avons apprécié la clarté, la logique et la
rigueur dans le raisonnement chirurgical.

Il nous fait l'honneur d'être notre
Juge.

Qu'il veuille bien trouver ici l'ex-
pression de notre profond respect.

à Monsieur le Professeur PLANE

Maître de Conférences Agrégé

Chirurgien des Hôpitaux

qui nous a laissé l'exemple d'un raisonnement
rapide et sûr , tant dans le diagnostic que
dans l'acte chirurgical.

Qu'il soit assuré de notre reconnaissance
et du respect que nous lui portons.

à Monsieur le Docteur VAUCLIN

Chirurgien des Hôpitaux

Notre Maître pendant deux courtes années.

Il nous a montré une technique chirurgicale
rigoureuse, la patience dans l'acte opératoire.

Qu'il soit remercié pour son
enseignement et qu'il soit assuré
de notre reconnaissance la plus
sincère.

à Monsieur le Professeur ROGNON
Professeur de Pathologie Chirurgicale
Chirurgien des Hôpitaux

à Monsieur le Professeur PILLET
Maître de Conférences Agrégé
Chirurgien des Hôpitaux

Ils nous ont permis d'utiliser leurs
observations de pratique privée.

Qu'ils en soient remerciés.

A mes Conférenciers d'Internat :

Monsieur le Docteur VAILLANT

Monsieur le Professeur Agrégé RIBERI

Monsieur le Professeur Agrégé BREGEON

Mademoiselle le Docteur QUEMENER

Qu'ils trouvent ici l'expression de mes
remerciements les plus sincères.

A mes Camarades d'Internat

A tous mes Amis.

<u>INTRODUCTION</u>	1
<u>ANATOMO-PATHOLOGIE</u>	4
I - MACROSCOPIE	6
A. Le cancer vésiculaire	6
B. Le cancer de la voie biliaire principale	8
C. Les cancers extensifs du tractus biliaire	10
II - HISTOLOGIE	13
A. Les épithéliomas typiques	13
B. Les épithéliomas atypiques	13
C. Les épithéliomas métatypiques	13
D. Les tumeurs conjonctives	14
III - EXTENSION ANATOMIQUE	15
A. Extension loco-régionale	15
B. Extension à distance : Métastases	17
<u>LES CANCERS de la VOIE BILIAIRE PRINCIPALE</u>	19
INTRODUCTION	20
CONSIDERATIONS GENERALES	22
ETUDE CLINIQUE	24
I - L'ICTERE	24
II - Les SIGNES PHYSIQUES ASSOCIES	25
PRINCIPAUX SIGNES BIOLOGIQUES	28
Le DIAGNOSTIC	30
I - ARGUMENTS CLINIQUES ET BIOLOGIQUES	30
II - EXAMENS COMPLEMENTAIRES	30
LE TRAITEMENT	37
I - LAPAROTOMIE EXPLORATRICE	38
II - Le CANCER DU CHOLEDOQUE RETRO-PANCREATIQUE ..	38
III - Le CANCER PEDICULAIRE	38
IV - Le CANCER du HILE	38

<i>RESULTATS</i>	44
I. DECES POST-OPERATOIRE DANS LE PREMIER MOIS	44
II. SURVIES au delà de 3 MOIS	45
<i>CONCLUSION</i>	50
<i>OBSERVATIONS</i>	52
 <u>CANCER de la VESICULE BILIAIRE</u>	70
<i>INTRODUCTION</i>	71
<i>MATERIEL d'ETUDE</i>	72
<i>CONSIDERATIONS GENERALES</i>	72
A - Antécédents cliniques et radiologiques	73
B - Association lithias-cancer certaine	74
<i>ETUDE CLINIQUE</i>	76
I. Les Symptômes	76
II. Les Formes cliniques	77
<i>DIAGNOSTIC</i>	81
I. ARGUMENTS CLINIQUES de PRESOMPTION	81
II. Les EXAMENS COMPLEMENTAIRES	81
<i>TRAITEMENT</i>	86
I. Les METHODES de TRAITEMENT	86
II. Les POSSIBILITES CHIRURGICALES	89
<i>RESULTATS</i>	92
1. Le Malade NON OPERE	92
2. Parmi les 25 OPERES dont l'évolution est connue	92
3. Conclusion	96
<i>OBSERVATIONS</i>	98
 CONCLUSION GENERALE	123
BIBLIOGRAPHIE	127

INTRODUCTION

Les cancers Primitifs des Voies Biliaires extra-hépatiques ne sont pas très fréquents et atteignent des sujets âgés habituellement de plus de soixante ans.

Ils sont retrouvés dans de grandes statistiques et re présentent :

- . 0,50 à 0,80 % des autopsies
- . 2 à 6 % des cancers rencontrés au cours des autopsies
- . 10 % des interventions sur les voies biliaires.

Ils occupent le 5ème rang des cancers digestifs après l'estomac, le colon, le rectum et l'oesophage.

On les classe selon trois localisations :

Voie Biliaire principale

Vésicule biliaire

Ampoule de Vater qui sort du cadre du sujet

Dans une statistique récente (DENBESTEN et LIECHTY) portant sur 208 observations de cancer des voies biliaires extra-hépatiques, nous trouvons :

25 % de cancer de la voie biliaire principale
 65 % de cancer de la vésicule
 16 % de cancer de l'ampoule de Vater.

Nous diviserons le travail en deux parties :

- 1ère PARTIE : *Le Cancer de la Voie Biliaire Principale* avec ses trois grandes localisations :

- . le hile qui comprend les canaux hépatiques droit et gauche, le canal hépatique commun.
- . le carrefour cystico-hépto-cholédocien et le cholédoque sus-pancréatique, exceptionnellement le canal cystique isolé.
- . le cholédoque rétro-pancréatique, à l'exception de sa portion terminale, intra-murale.

- 2ème PARTIE : *Le Cancer de la Vésicule Biliaire.*

Nous classerons à part un certain nombre de cancers de la voie biliaire vus à un stade avancé, où le point de départ ne pouvait être précisé.

Chacune de ces parties comprendra une étude clinique, biologique, anatomo-pathologique sur lesquelles de nombreux travaux ont été faits et nous préférons étudier plus longuement les investigations complémentaires possibles, la conduite du traitement et les résultats que nous avons obtenus, comparés à ceux de la littérature.

Cette étude commencera par un chapitre d'Anatomo-pathologie, commun à tous les cancers des voies biliaires extra-hépatiques (sauf l'ampoule de Vater), nous essayerons de distinguer les particularités du cancer de la Voie Biliaire Principale et celles du cancer vésiculaire.

ANATOMO - PATHOLOGIE

Les cancers des voies biliaires extra-hépatiques réalisent des infiltrations ou des végétations, et peuvent intéresser des territoires d'étendue variable sur les voies biliaires.

Les formes localisées ont un intérêt chirurgical de premier plan et permettent une classification topographique facile, mais il n'en est pas de même pour les formes diffuses.

Dans cette série, nous avons utilisé le siège de la prédominance des lésions comme point de départ de notre classification et il n'est pas dit que nous ne nous soyons pas trompé parfois.

Enfin, il existe des cas où l'atteinte est si diffuse que le point de départ ne peut être déterminé, ce qui a fait créer une catégorie particulière : les formes extensives où tout le tractus biliaire peut être intéressé.

.....
 : M A C R O S C O P I E :

A - LE CANCER VESICULAIRE (27 observations)

=====

Deux grandes formes sont distinguées, tenant compte du degré d'extension vésiculaire du cancer : les formes localisées et diffuses.

1. - Les formes localisées : (8/27 = 29,6 %)

Elles représentent à peine 1/3 des cas et leur localisation la plus fréquente est le fond, tout de suite après vient le col. Ensuite des localisations à la paroi antérieure et postérieure ont été décrites dans la littérature. Quatre fois, nous avons obtenu ces précisions : il y avait 2 fonds et 2 cols. Ces localisations fréquentes semblent correspondre à des régions particulièrement exposées aux irritations par des calculs.

On leur distingue trois aspects :

- végétations, en règle petites, unique ou multiple, sessiles ou pédiculées.
- grosse masse encéphaloïde molle, plus ou moins nécrosée, remplissant la cavité distendue sans déformer ses parois. Elle peut être méconnue à la palpation.
- infiltration localisée. Si le siège est à la partie moyenne, elle peut entraîner une sténose donnant à la vésicule un aspect en sablier (1 observation).

Cette infiltrate peut être si petite qu'elle échappe à un examen macroscopique rigoureux.

2. - Les formes diffuses : (19/27 = 70,3 %)

Elles sont beaucoup plus fréquentes ; dans ce cas, la totalité de la paroi vésiculaire est intéressée par le processus, et là encore on distingue des formes végétantes et infiltrantes diffuses

réalisant 4 grands types macroscopiques :

- l'épaississement global et modéré de toute la paroi qui peut en imposer pour une cholécystite chronique hypertrophique.
- le squirrhe vésiculaire où la paroi est très épaissie et très dure à la coupe et où la lumière est réduite à une simple fente.
- le cancer colloïde : la paroi vésiculaire est imprégnée en masse d'une substance visqueuse et la lumière est remplie de la même substance.

On a observé des ulcérations dans ces trois formes précédentes, allant parfois jusqu'à la perforation.

- la grosse masse hépato-vésiculaire où la tumeur développée autour de la vésicule, s'étend au lobe droit du foie, pouvant atteindre un volume considérable et adhérer aux organes voisins, créer des fistules et des perforations. Nous en avons retrouvé 6 dont 1 cas avec fistule cholécysto-colique, et un autre avec fistule cholécysto-gastrique.

B - Le CANCER de la VOIE BILIAIRE PRINCIPALE (14 observations)

=====

1. - Nous retrouverons toujours les deux grandes formes :

a) localisées : 7 sur 14 parmi lesquelles on décrit classiquement :

- la petite tumeur végétante intra-canalair.
- la forme en virole, sténosante, réalisant une infiltration limitée en hauteur.

b) diffuses : 7, sur 14, où le cancer n'est plus localisé sur une courte distance d'un segment de la voie biliaire principale extra-hépatique, mais diffus, pouvant envahir un autre étage biliaire.

Nous avons neuf cancers considérés comme diffus, certains intéressant la totalité du pédicule, d'autres le pédicule et le hile. Là encore la classification est difficile, le point de départ ne pouvant être connu en règle.

2. - Classification topographique :

Nous avons divisé la voie biliaire principale extra-hépatique en trois grandes zones :

le hile

le pédicule

le cholédoque rétro-pancréatique.

Pour cela nous nous sommes fondé essentiellement sur les constatations opératoires qui entraînent des incidences pratiques précises selon la topographie telle que nous la voyons, plutôt que d'utiliser une classification qui se sert des différents segments anatomiques, tels qu'ils sont décrits dans les traités.

Observations	LOCALISATION ; extension à la V.B.P.		
	HILE	PEDICULE	CHOLEDOQUE-rétro pancréatique
1			+
2	+		
3	+		
4	+	→ +	
5			+
6		+	
7			+
8		+	
9	+		
10	+	→ ? → +	
11	+	← +	
12	+	← +	
13	+	← +	
14	+		

Figure I

α . *Les cancers du hile* peuvent intéresser les canaux hépatiques droit ou gauche, le canal hépatique commun à son origine. Ils peuvent être diffus ou localisés, la forme localisée étant la plus adaptée au traitement chirurgical.

Nous avons quatre formes localisées, et cinq diffuses dont le point de départ hilaire ou pédiculaire ne peut être précisé.

Les formes localisées intéressent le canal hépatique gauche, le canal hépatique droit, la convergence ou le canal hépatique commun.

La notion de convergence conservée ou non est importante car elle conditionne souvent le type de dérivation à faire (HEPP).

β . *Les cancers pédiculaires* : nous entendons par là les tumeurs intéressant le canal hépatique commun après son origine, la jonction cystico-hépto-cholédocienne, le cholédoque sus-pancréatique. Sur sept cas où le pédicule est en cause, une seule fois le cancer est manifestement localisé : sténose incomplète cystico-hépatico-cholédocienne.

Tous les autres sont soit pédiculaires diffus, soit associés à une atteinte hilaire (6 fois).

γ . *Les cancers du cholédoque rétro-pancréatique*, au nombre de trois sont tous localisés. La difficulté majeure consiste à ne pas les confondre avec un nodule de pancréatite, un petit cancer céphalique ou un ampullome vaterien.

C - Enfin il existe des *CANCERS EXTENSIFS* du tractus biliaire

=====

Ce sont des cancers dont l'atteinte est si diffuse que l'on ne peut les faire entrer dans une classification topographique. Nous n'en avons pas signalé dans notre série car nous avons essayé de les classer selon la prédominance des lésions, mais nous aurions pu constituer un groupe comprenant les atteintes simultanées de la vésicule et de la voie biliaire principale.

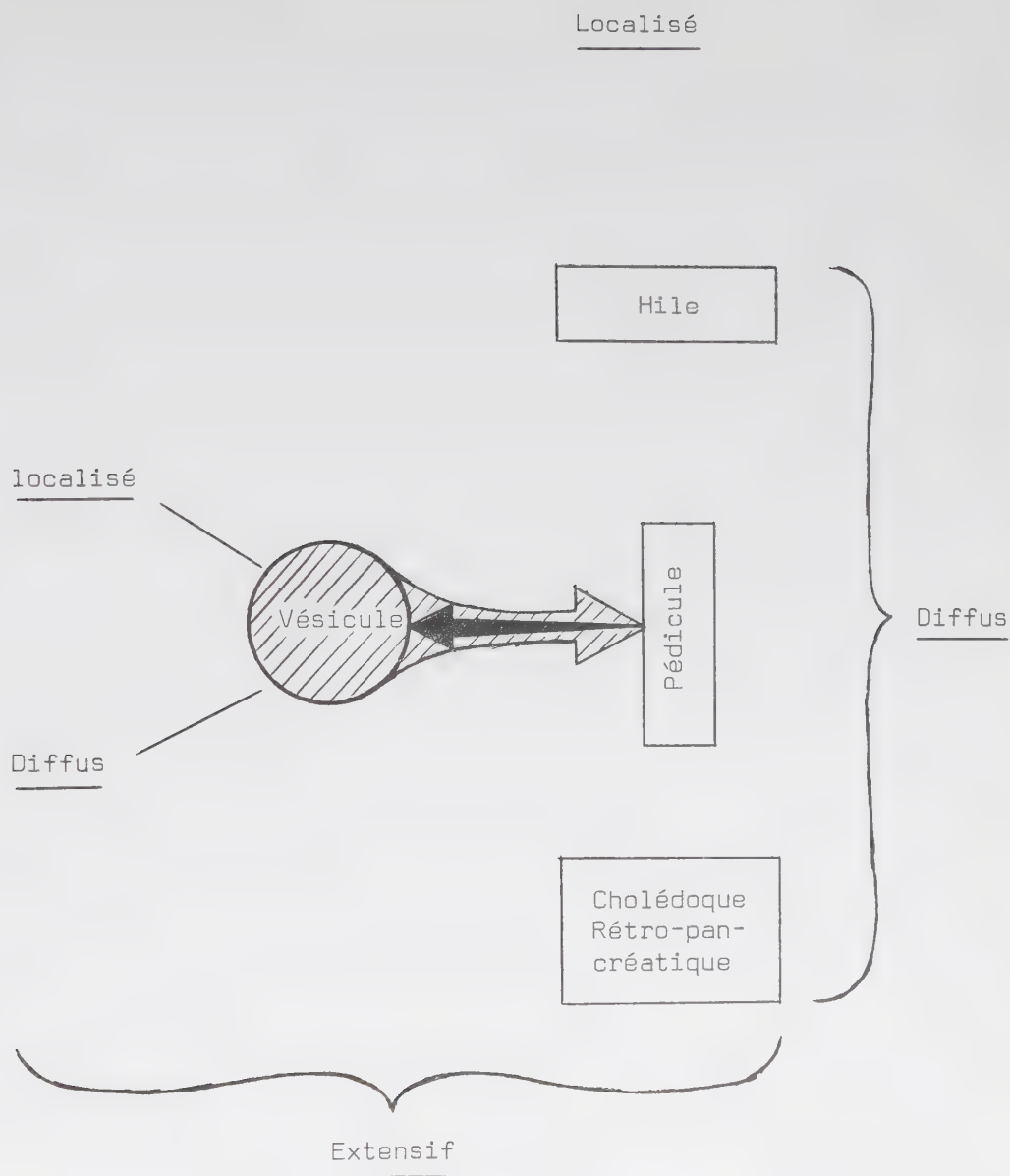


Figure II

41 CANCERS des Voies Biliaires Extra-Hépatiques

	27 Vésicules	14 V. B. P.
localisé	8	7
Diffus	19	7
Extensif	6 parmi les diffus (prédominance vésiculaire)	5 parmi les diffus (selon la prédominance constatée à l'exploration chirurgicale).

Figure III

.....
 : H I S T O L O G I E :

Avec Orcel, nous distinguerons, quel que soit le siège du cancer sur le tractus biliaire, quatre grands types histologiques :

A/ Les EPITHELIOMA TYPIQUES excréto-biliaires ou entéroïdes, où l'agencement se fait en formations canaliculaires :

- 1) les épithélioma entéroïdes se différencient comme les cancers de l'intestin, réalisant un type lieberkuhnien plus ou moins net.
- 2) les épithélioma excréto-biliaire comprennent deux variétés selon le type cellulaire :

α - à cellules sombres : ils rappellent de très près le revêtement épithélial normal des voies biliaires.

β - à cellules claires : ces épithélioma sont identiques ou presque aux épithélioma excreto-pancréatiques. La distinction histologique est impossible, et l'origine du prélèvement devient un détail important.

B/ Les EPITHELIOMA ATYPIQUES ne rappellent en rien la structure des voies biliaires. Les cellules sont polymorphes et l'on peut y rencontrer des phénomènes de nécrobiose.

C/ Les EPITHELIOMA METATYPIQUES : Ce sont des cancers épidermoïdes ou colloïdes, analogues à ceux de l'intestin ou de l'estomac.

D/ Les TUMEURS CONJONCTIVES sont très rares ; des sarcomes, des mélanomes ont été décrits.

Il semble donc que l'histologie ne puisse en dehors de l'épithélioma excréto-biliaire, faire le diagnostic précis d'origine, et que le chirurgien doive préciser :

d'une part le lieu du prélèvement

d'autre part pratiquer un examen complémentaire du contenu de la cavité abdominale pour éliminer une métastase d'un cancer digestif.

Les DIFFERENTS TYPES HISTOLOGIQUES

41 cancers de la voie biliaire extra-hépatique	
27 cancers vésiculaires	14 cancers de la V. B. P.
Epithéliomas typiques 13	Epithéliomas
excréto biliaires 8	excréto biliaires 8
autres 5	autres 5
Epithéliomas atypiques 2	
Epithéliomas métatypiques ... 4	
Epithéliomas 8	
Tumeurs conjonctives 0	Tumeurs conjonctives 0

Figure IV

EXTENSION ANATOMIQUE

Nous distinguerons l'extension loco-régionale, qui se fait dans la continuité de la tumeur primitive et l'extension à distance, sans connexion avec le cancer initial.

A - EXTENSION LOCO - REGIONALE

0000 0001 0010 0011 0100 0101 0110 0111 1000 1001 1010 1011 1100 1101 1110 1111
 0000 0001 0010 0011 0100 0101 0110 0111 1000 1001 1010 1011 1100 1101 1110 1111

Nous distinguerons les particularités du cancer vésiculaire et des voies biliaires extra-hépatiques, sachant qu'elles sont dues aux rapports anatomiques de ces organes.

(1) *Cancer vésiculaire*

α. L'extension pariétale vésiculaire se fait en surface et en profondeur.

- en profondeur, toutes les enveloppes vésiculaires peuvent être atteintes ; l'intérêt de cette extension réside dans la découverte d'un épithélioma " in situ " . Cette forme est une découverte d'examen microscopique et son pronostic est assez favorable.
- en surface : toute la vésicule peut être envahie dans les formes diffuses ; dans les formes localisées, il a été signalé d'autres foyers néoplasiques, à distance.

8. L'extension au parenchyme hépatique voisin est importante, surtout dans les formes à type de masse hépato-vésiculaire où le lobe droit est souvent atteint par l'intermédiaire de la plaque vésiculaire. Dans les formes diffuses, le fascia interhépato-vésiculaire semble constamment envahi ; on se rend comp

te de l'intérêt de l'hépatectomie enlevant le lit vésiculaire. Dans les formes localisées, la plaque vésiculaire n'est pas envahie constamment; sur 21 cas localisés de Mme MARCHE et coll., 15 n'avaient pas d'atteinte hépatique.

(2) Extension commune aux K vésiculaire et de la V B P.

- a/ Le long des voies biliaires : nous avons déjà signalé la difficulté de préciser le point de départ de la tumeur. Dans 27 cancers vésiculaires, nous avons remarqué 10 fois une infiltration du pédicule ; dans 14 cancers de la V B P, 5 fois deux segments - pédicule et hile - étaient envahis simultanément. Au maximum la propagation peut réaliser le cancer en éventail dans lequel les voies biliaires intra-hépatiques sont envahies.
- b/ L'envahissement du tissu cellulo adipeux adjacent, en particulier au niveau du col vésiculaire, du hile semble fréquent.
- c/ Les lymphatiques et les ganglions loco-régionaux sont très souvent envahis, nous avons noté 17 fois une infiltration pédiculaire ou des ganglions durs à l'examen macroscopique. La propagation se fait vers le haut (hile) et vers le bas, ce qui explique les curages ganglionnaires larges proposés et effectués par certains auteurs.
- d/ L'extension vasculaire sanguine a été trouvée 5 fois sur 8 K de la vésicule étudiés par ORCEL, sous forme de thrombose ; nous n'en avons pas remarqué dans nos observations.
- e/ l'extension nerveuse paraît fréquente ; nous l'avons retrouvée dans trois cancers du hile. Des études particulières ont été faites à ce sujet, et pour certains cette atteinte nerveuse expliquerait :
 - l'existence des douleurs ; chez deux de nos malades, il n'existait pas de douleurs, chez le troisième, elles étaient diffuses.

- en partie le mécanisme de l'ictère, en provoquant une dilatation d'aval, avec stase biliaire, conséquence de l'arrêt des contractions des fibres musculaires lisses biliaires. (Neibling).

f/ l'extension aux organes voisins est surtout le fait du cancer vésiculaire. En dehors du foie que nous avons déjà relaté ; il faut citer le pancréas, le colon, le duodénum et l'estomac, avec la possibilité pour ces derniers de fistule cholécysto-digestive (2 cas). Pour la voie biliaire principale, ce sont les éléments du pédicule : artère hépatique, veine porte, pouvant entraîner une hypertension portale par compression ou thrombose, et être la source de graves complications.

B - EXTENSION à DISTANCE : METASTASES

=====

Elles semblent fréquentes, car nous avons relevé chez 12 de nos malades des métastases, sans tenir compte de l'extension locale ; il s'agissait de :

- métastases hépatiques : 11 fois
- " ganglionnaire : 1 fois, mais nous n'avons pas tenu compte d'autres envahissements ganglionnaires classés comme extension locale.
- " péritoine : 2 fois.

D'autres auteurs, sur de plus grandes séries, ont observé des métastases atteignant les poumons, les surrénales, les ovaires, la plèvre, le diaphragme, le rein, le myocarde, la rate.

Dans notre série, il y a 5 cas sans métastase ni extension locale macroscopique, correspondant à 3 survies de longue

durée (35 mois, 8 mois, 26 mois) et 2 décès post-opératoires (5 et 16 jours).

Il semble très difficile de juger de cette extension et des métastases par l'examen macroscopique et même microscopique, qui ne pourront jamais être complets, en dehors de l'autopsie.

Il en est de même pour obtenir une classification précise et nous ne sommes pas persuadés de ne pas avoir fait d'erreur.

Sur le plan pronostic, nous pouvons simplement dire que les cancers diffus, à plus forte raison avec métastases, ont rarement donné lieu à une survie supérieure à 2 mois.

LES CANCERS DE LA
VOIE BILIAIRE PRINCIPALE

.....
: I N T R O D U C T I O N :
:
:

Connues depuis 1840, date à laquelle DURAND-FARDEL décrit pour la première fois un cancer du cholédoque, ces lésions n'ont commencé à faire parler d'elles que depuis une trentaine d'années, lorsque les possibilités de dérivations biliaires se sont améliorées grâce aux travaux de LONGMIRE, puis de DOGLIOTTI et FOGLIATI en 1951.

En 1952, COUINAUD, après ses études anatomiques, met au point divers anastomoses.

Tous les travaux concernant le cancer de la voie biliaire extra-hépatique font cas de statistiques limitées.

En FRANCE, si l'on regroupe les publications de HEPP, CHAMPEAU et FLABEAU, de CUKIER, LOYGNE, DUBOIS et collaborateurs, de HIVET et RICHARME, de GUILLEMIN, BRAILLON et CUILLERET, on obtient une centaine d'observations de dérivations biliaires intra-hépatiques.

Dans la grande majorité des cas, le diagnostic pré-opératoire est inexcat, le traitement palliatif. Il faut donc souligner d'emblée le pronostic péjoratif de ces tumeurs et le plus souvent ne vouloir espérer qu'une survie dans les meilleures conditions possibles.

Nous avons retrouvé quatorze cancers de la voie biliaire principale et du cystique, parmi 4680 interventions sur les voies biliaires entre 196 et 1971 réalisées au C.H.U. d'ANGERS ou dans la pratique privée, ce qui correspond à 0.20 % environ des interventions sur les voies viliaires.

Nos critères de diagnostic ont été les suivants :

- soit les constatations opératoires si la nature cancéreuse était mentionnée explicitement ,
- soit l'anatomie pathologique microscopique
- soit le diagnostic de nécropsie.

Sur ces 14 malades, il y a eu :

- . 1 décès pré-opératoire où le diagnostic est nécropsique
- . 6 diagnostics précis ou soupçonnés avant l'intervention de la nature néoplasique de l'ictère.
- . 7 diagnostics pré-opératoires erronés.
- . 14 examens histologiques de la pièce ou de ses métastases.

C O N S I D E R A T I O N S G E N E R A L E S

C'est un cancer relativement peu fréquent , puisqu'il ne représente que 1 % de la totalité des ictères, 6,7 % des ictères rétentionnels, et 9,1 % des ictères néoplasiques (BENHAMOU)

Dans notre série, il ne représente que 0,20 % des interventions pratiquées sur les voies biliaires.

Il est moins fréquent que la cancer vésiculaire ; selon les auteurs, il y aurait de 2 à 5 fois moins de cancers de la V B P que de cancers vésiculaires (le tiers de toutes nos observations).

Nous avons cinq cancers du hile, six cancers pédiculaires et trois du cholédoque rétro-pancréatique ; il est délicat de donner des statistiques et nous donnerons celles de quelques auteurs.

A U T E U R S	H I L E		Carrefour hépatico cystico cholédocien		Cholédoque rétro- pancréatique		T O T A L
SAKO et Coll. 1957	126	22 %	171	30 %	203	35,6 %	570
ROUX 1963		31,4 %		32 %		41 %	
KUVAITI et Coll. 1957	21	33 %	19	30 %	23	36,5 %	63
WEIBLING et Coll.		28,5 %		37,5 %		32 %	

Il existe une prédominance raciale ; en effet, KIRSHBAUM et collaborateurs ont établi la fréquence suivante :

Blancs ...	77, 1 %
Noirs	20, 1 %
Jaunes ...	2, 8 %

En ce qui concerne le sexe, contrairement à la majorité de la littérature, nous avons onze femmes et trois hommes.

L'âge de nos malades s'échelonne entre 44 et 81 ans avec une moyenne de 70 ans.

Enfin, 6 de nos malades avaient une lithiase associée, 5 femmes et 1 homme, cette lithiase était vésiculaire à chaque fois.

Il ne nous semble pas avoir assez de cas pour en extraire une statistique significative.

B : L'ictère est le plus souvent nu , cutanéomuqueux, de coloration
 foncée, verdâtre parfois, accompagné de selles décolorées et d'urines brun acajou. Le diagnostic d'ictère mécanique est en règle évident ; son évolution est continue, sans rémission. Il en a été ainsi chez tous nos malades. Les douleurs et la fièvre sont absents en règle ; cependant nous avons 6 fois des douleurs, habituellement de l'hypocondre droit, de l'épigastre, sans caractère très particulier ; la fièvre était présente une seule fois. Il est évident que si fièvre et douleurs sont présentes, ces deux signes peuvent influencer le diagnostic dans le sens de la lithiase cholédocienne.

Il faut faire une place à part au prurit, très souvent présent (10/14), parfois féroce, pouvant à lui seul faire envisager une intervention de dérivation biliaire.

II - Les SIGNES PHYSIQUES ASSOCIES

=====

A/ L'HEPATOMEGALIE

Le gros foie de cholostase est constant pour certains auteurs. Nous l'avons retrouvé 7 fois sur 14 , il s'agissait de gros foies lisses, débordant le rebord costal de façon variable.

B/ La GROSSE VESICULE

présente 6 fois ; classiquement sa présence correspond à une lésion sous-jacente au canal cystique.

Une seule fois , elle correspondait à un cancer du bas cholédoque, les autres fois , il s'agissait d'atteinte hilaire (1 cas) avec métastase et lithiase vésiculaire , ou d'atteinte mixte hilaire et pédiculaire (4 cas); dans lesquelles il existait des calculs vésiculaires ou une oblitération tumorale, ou une compression du cystique entraînant une exclusion de la vésicule et sans doute une distension par mucostase ; deux fois la vésicule est signalée inflammatoire ou à paroi épaissie.

C - Les SIGNES NEGATIFS

=====

Nous avons déjà signalé l'absence de douleurs et de fièvre ; il faut mentionner encore l'absence de circulation collatérale, de splénomégalie, de signes pancréatiques, tels que diabète, diarrhée pré-ictérique.

Nous retenons que cet examen clinique nous amène à formuler le diagnostic d'ictère rétentionnel, parfois à suspecter sa nature néoplasique lorsqu'il existe des signes généraux marqués (amaigrissement de 8 à 10 Kilogs : 2 fois). L'existence d'une grosse vésicule peut faire affirmer le siège hilaire de la lésion dans certains cas, mais il est impossible le plus souvent de faire la différence avec une cholostase intra-hépatique.

RESUME des SIGNES CLINIQUES des CANCERS de la V. B. P.

	Syndrome pré-ic- térique	Ictère	Douleurs	Fièvre	Selles déco- lorées	Urines foncées	Prurit	gros Foie	grosse Vésicule
1	0	continu	+	+	+	+	0		
2	0	continu	0	0	+	+	+ féroce	+	
3	+	continu	+	0	+	+	+	+	+
4	0	continu	+	0	+	+	+	+	+
5	0	continu	0	0	+	+	+	+	0
6	0	continu	+	0	+	+	+	0	0
7	0	continu	0	0	+	+	0		+
8	0	continu	0	0	+	+	+	+	+
9	0	continu	pesanteur hypoc. D	0	+	+	+	0	0
10	0	Continu	0	0	+	+	0	0	0
11	0	Continu	+	0	+	+	+	±	±
12	0	Continu	0		+	+	+	+	+
13	0	Continu	0	0	+	+	0		
14	0	Continu	+	0	+	+	+	0	
	1	14	6	1	14	14	10	7	6

Fig. VI

.....
: P R I N C I P A U X S I G N E S B I O L O G I Q U E S :
.....

Nous ne nous permettrons pas de reprendre l'étude faite par CAROLI et CHARBONNIER sur ce chapitre, et nous signalerons nos principaux résultats (cf. fig. n° 7). La nature rétentionnelle est toujours mise en évidence devant l'augmentation de la bilirubine directe, des phosphatases alcalines ; le cholestérol est le plus souvent augmenté, pouvant atteindre des taux très importants. Parmi les autres examens qui n'ont pas été régulièrement, il faut noter l'augmentation des α_2 globulines, qui, si elle est supérieure au double de la normale serait assez caractéristique de l'origine néoplasique.

La vitesse de sédimentation est habituellement augmentée, le taux de Prothrombine a été trouvé inférieur à 56 % trois fois.

Les signes biologiques permettent d'affirmer le caractère mécanique de l'ictère, ils ne résolvent pas pour autant sa cause, en particulier, ils n'écartent pas la cholostase intra-hépatique.

PRINCIPAUX RESULTATS BIOLOGIQUES

	Cholestérol g/l	Bilirubine mg/l		Phosphatases alcalines U K A	Urines sels pigments
		totale	directe		
1	3.80	180	140	38	+
2	12	380	348	45	+
3	14,5	160	170	50	+
4	1.86	134	127	82	+
5	6.8	180	148		+
6	3.8	190	150	37.8	+
7		140	120	10.4	+
8		160	130		+
9	2.04	213	190	6	+
10	3	210	130	44	+
11	4	200	185		+
12		230	150	47,5	+
13	7	170	150		+
14	4.80	160	150	12.5	+

Figure VII

.....
 :
 : Le D I A G N O S T I C :
 :
 :

Il se fonde sur deux sortes d'arguments :

I - Des ARGUMENTS CLINIQUES et BIOLOGIQUES
 =====

La survenue progressive d'un ictère nu dont la qualité rétentive est affirmée par la biologie.

L'absence d'antécédents lithiasiques ; l'absence de signes évoquant une origine pancréatique (diabète - diarrhée pré-ictérique à long terme).

II - Des EXAMENS COMPLEMENTAIRES
 =====

A/ Le tubage duodénal ne ramène pas de bile, sauf si l'obstruction est incomplète. Certains ont recherché des cellules néoplasiques dans le culot de centrifugation du liquide obtenu. Si l'on retrouve de telles cellules, l'argument est décisif. Malheureusement on ne trouve que peu d'auteurs ayant pratiqué cet examen avec succès.

B/ La ponction biopsie du foie : qu'elle soit pratiquée de façon directe ou par l'intermédiaire de la laparoscopie, elle peut renseigner en plus de la cholostase ou de la cirrhose biliaire débutante, sur l'existence de métastases, sans préjuger de l'étendue de la lésion ni de son point de départ.

Nous n'avons jamais pratiqué cet examen car nous lui avons trouvé des contre-indications.

Cet examen peut être la cause de troubles graves : la bile en hyperpression peut, à l'occasion de la ponction, passer dans le sang et être facteur de :

- choc mortel
- hémobilie responsable de douleurs à type de coliques hépatiques, ou d'hémorragies digestives.

Si la ponction est faite par voie intra-péritonéale, la bile peut s'épancher dans l'abdomen et être le point de départ d'un cholépéritoine.

C/ Les examens Radiographiques

.1/ La radiographie sans préparation de l'hypocondre droit peut révéler la présence de calculs vésiculaires, la pneumatisation du cholédoque ou des voies biliaires intra-hépatiques signalant la fistule bilio-digestive, des calcifications pancréatiques, n'excluant pas le cancer.

.2/ Le transit gastro-duodénal peut renseigner sur l'origine pancréatique de l'ictère devant :

- un refoulement excentrique du cadre duodénal avec rabotage du bord interne,
- une sténose duodénale.

Il faut évoquer une cause biliaire devant un reflux baryté signalant la fistule bilio-digestive.

La duodénographie hypotonique est normale dans le cancer du cholédoque rétro-pancréatique ; exceptionnellement un nodule de pancréatite péri-néoplasique peut donner une image sans affirmer l'origine biliaire primitive.

.3/ La cholécystographie orale et la cholangiographie I.V. sont infructueuses ou négatives et il faut y renoncer.

En cas d'ictère récessif, l'angiocholégographie peut être pratiquée en phase récessive, en choisissant le bon moment grâce à une épreuve à la B S P (CAROLI). Dans ce cas, elle peut montrer des images directes de la lésion, image d'arrêt du produit de contraste, de sténose complète ou incomplète, avec

dilatation des voies biliaires sus-jacentes.

De toutes façons, elle ne dispense pas de la cholangiographie per-opératoire.

.4/ La -splénoportographie.

Son intérêt est double, car elle comporte deux temps : vasculaire et l'hépatographie susceptibles d'apporter des renseignements intéressants.

Au temps vasculaire, elle renseigne sur la morphologie du système porte, mettant en évidence une hypertension portale par compression tumorale ou ganglionnaire du pédicule, ou bien du hile montrant l'extension de la tumeur vers le foie ; elle renseigne encore sur la morphologie et l'hémodynamique de la circulation veineuse intra-hépatique en visualisant des images d'amputation des branches ou de compression avec refoulement traduisant l'existence d'une néoformation hépatique.

Le temps hépatographique renseigne sur l'existence d'une ou de plusieurs lacunes et leur retentissement sur la circulation de retour (blocage sus-hépatique portal).

Cet examen n'a jamais été pratiqué dans notre série.

.5/ L'artériographie coeliaque ou mésentérique supérieure ne donne qu'exceptionnellement des signes directs de la tumeur, en montrant une hypervascularisation de la région hilare. Son temps hépatographique permet là encore d'établir un bilan de l'intégrité du parenchyme ou de la présence de métastases. Nous l'avons pratiquée une fois (obs. n° 10) où il existait sur la radio sans préparation une opacité à contour calcifié évoquant une vésicule porcelaine. Le compte-rendu disait : " .. encorbellement péri-tumoral et atrophie du lobe droit du foie .." A l'intervention il s'agissait d'un énorme bloc tumoral englobant la totalité du pédicule.

D/ La Laparoscopie : pratiquée une seule fois chez nos malades ; cet examen peut être combiné à la biopsie ou à la cholangiographie selon la méthode de ROYER.

Elle renseigne sur deux ordres de faits : l'état du foie et des voies biliaires.

.. 1) le Foie, cholostatique est augmenté de volume.

- sa coloration peut être noirâtre évoquant la cholostase intra-hépatique, plus souvent il est vert ou brun foncé, comme dans les ictères mécaniques.
- à sa surface, on peut voir des " vasa aberrantia " canalicules biliaires , sous-glissoniens contenant de la bile blanche, dilatés, qui sont un signe certain de cancer biliaire ; on peut aussi voir des nodules de teinte claire signant la diffusion métastatique (critère d'opérabilité).

.. 2) la Vésicule peut se présenter sous plusieurs aspects :

- vésicule flasque, collabée ; l'obstacle siège au niveau de la convergence.
- vésicule scléro-atrophique, et il s'agit le plus souvent d'une maladie lithiasique (CAROLI).
- vésicule dilatée ; si sa paroi est mince, translucide, bleutée, il s'agit d'un cancer d'aval (pancréas - ampoule de Vater - cholédoque) ; si sa paroi présente des adhérences, une inflammation périvésiculaire, une perte de transparence, le diagnostic laparoscopique n'est plus aussi précis devant cette vésicule hypertrophique.

Dans l'observation n° 4, elle montrait un gros foie verdâtre à bord émoussé ; au niveau du lobe droit, il existait des nodules métastatiques. La vésicule ne fut pas visible.

La conclusion était : .. " l'existence d'une grosse vésicule clinique avec cholostase évoque en premier lieu une localisation pancréatique ou vaticienne avec métastases hépatiques et péritonéales .."

Sans insister sur les échecs de la laparoscopie dus aux conditions anatomiques, il faut souligner que cet examen ne permet une conclusion diagnostique que dans une proportion restreinte de cas. C'est pourquoi CAROLI pour obtenir le maximum de renseignements, combine cet examen avec la ponction biopsie hépatique, qu'il ne recommande pas à cause des risques hémorragiques et à la cholangiographie trans-vésiculaire en connaissant ses accidents : cholépéritoine, péritonite en cas d'angiocholite pré-existante.

HIVET et RICHARME ont pratiqué 14 fois la laparoscopie pour des obstructions néoplasiques du hile : elle leur a permis à chaque fois d'établir le diagnostic d'ictère rétionnel, dix fois le diagnostic d'obstruction hilaire sur le contraste gros foie-vésicule collabée, et une fois de découvrir la tumeur.

C'est un examen à ne pas négliger car il peut écarter le diagnostic d'hépatite virale sur la constatation d'un foie clair, mais un foie vert ne permet pas de rejeter l'hépatite (3 cas sur 28 de P. RICORDEAU).

Nous préférons la laparoscopie simple, la ponction biopsie hépatique étant dangereuse, la cholangiographie trans-vésiculaire également, pour les raisons citées plus haut et pour d'autres que nous allons envisager maintenant.

E/ La Cholangiographie transpariëto-hépatique pré-opératoire

selon la méthode de PRIOTON nous semble une technique de choix, à condition de la faire précéder l'intervention de 24 ou 48 heures.

.. 1) Rappel de la technique : elle évite la traversée de la cavité péritonéale et ses deux risques majeurs : le cholépéritoine et l'hémopéritoine . Après anesthésie du nerf phrénique droit, une aiguille est enfoncée vers l'avant et un peu en haut au bord supérieur de la 11ème côte droite à quatre travers de doigt de la ligne médiane. Elle traverse le sul de sac pleural sans toucher le poumon, puis le

diaphragme et pénètre dans le foie au niveau du ligament coronaire à droite de la veine cave inférieure. Le trajet de l'aiguille est extra-péritonéal avec une marge de plusieurs centimètres.

L'aiguille doit être enfoncée de 10 à 12 centimètres, le mandrin étant ensuite retiré lentement jusqu'à ce que de la bile jaillisse par le pavillon. A ce moment on adapte la seringue pour l'injection du produit de contraste.

.. 2) Résultats. Nous l'avons pratiquée plusieurs fois dans cette série.

Dans l'observation n° 5, elle nous a montré une image de sténose complète du cholédoque rétro-pancréatique évoquant un processus néoplasique.

A d'autres reprises, en raison de la faible dilatation des voies biliaires intra-hépatiques, il n'a pas été possible d'opacifier le réseau biliaire, de situer l'obstacle et d'en préciser la nature.

C'est un examen qui nous a semblé très intéressant, surtout si le diagnostic d'ictère mécanique n'est pas affirmé formellement, et qui permet de situer la lésion.

L'état général de nos malades ne nous a pas permis de le pratiquer plus souvent.

F/ La Scintigraphie hépatique

Elle nous a permis de mettre en évidence des images lacunaires, et des foies normaux. Malheureusement, comme nous avons pu le constater à l'intervention, les petites métastases échappent à la scintigraphie.

Peut-être que l'hépatographie au Lipiodol ultra-fluide par voie splénique ou ombilicale, couplée à des tomographies est capable d'objectiver des tumeurs d'un diamètre inférieur à 2 centimètres.

Au terme de cette démarche diagnostique, l'ictère rétentionnel est habituellement facile à affirmer ; s'il persiste une suspicion de cholestase intra-hépatique, la cholangiographie transcutanéo-hépatique a la possibilité de la lever.

Mais la cause néoplasique est difficile à mettre en évidence, ni la clinique, ni la biologie, ni les examens radiographiques habituels le peuvent. A ce stade, la laparoscopie offre un intérêt considérable car elle peut parfois situer l'obstacle. L'angiographie par voie veineuse ou artérielle renseigne essentiellement sur l'opérabilité, en montrant la diffusion néoplasique, mais n'apporte pas d'arguments diagnostiques. La cholangiographie trans-hépatique pré-opératoire est un examen à pratiquer si l'indication s'en présente ; elle offre l'avantage de pouvoir situer l'obstacle, envisager sa nature néoplasique, et par là, d'envisager un plan thérapeutique et aussi de raccourcir la durée de l'intervention.

Malheureusement, il n'en est pas encore ainsi le plus souvent et la laparotomie exploratrice est un argument supplémentaire auquel il faut avoir recours sans hésiter si le doute persiste plutôt que de laisser échapper au traitement un cancer parfois carcinologiquement curable.

T R A I T E M E N T

Nous écarterons tout de suite le traitement chimiothérapique qui, s'il a été utilisé comme complément au traitement chirurgical, ne l'a jamais été seul à notre connaissance.

La Radiothérapie n'a été mentionnée dans aucun des articles que nous avons lus. N'ayant pas de référence, ni d'expérience personnelle, nous n'en parlerons donc pas.

Le traitement des cancers de la voie biliaire principale est essentiellement chirurgical, visant un double but : supprimer la tumeur, et rétablir le libre écoulement biliaire.

Les possibilités opératoires ne se font jour le plus souvent qu'à l'intervention où le diagnostic est porté dans la plupart des cas.

La tactique à utiliser va devoir s'appuyer sur plusieurs sortes d'arguments :

- cliniques : âge, état général, le malade résistera-t-il à une intervention chirurgicale de longue durée ?
- anatomiques : le cancer est-il localisé ou diffus ? extirpable ou inextirpable ? Existe-t-il une extension locale importante, des métastases ? intérêt de la cholangiographie per-opératoire .

Les principes guidant le traitement sont au nombre de deux :

- . ou bien l'exérèse est possible, il n'existe pas de métastases, et il faut la tenter dans un but de guérison.
- . ou bien elle est impossible, et il faut assurer une survie la plus confortable possible, supprimer l'ictère, le prurit, les troubles digestifs, et c'est le rôle des anastomoses palliatives.

Les applications de ces principes sont différentes selon le siège de la tumeur.

I - La LAPAROTOMIE EXPLORATRICE

C'est malheureusement la seule possibilité devant un pédicule complètement envahi, impossible à disséquer, devant un envahissement hépatique diffus, des métastases viscérales nombreuses. Le geste chirurgical est le plus souvent impossible dans de telles conditions anatomiques.

Ce fut le cas 2 fois sur 13 malades opérés.

II - Le CANCER du CHOLEDOQUE rétro-pancréatique

A : Si l'exérèse est possible, une seule intervention est à pratiquer :
 la duodénopancréatectomie céphalique avec exérèse lymphatique large. Nous l'avons faite une fois pour un cancer diagnostiqué par la cholangiographie trans-hépatique pré-opératoire (Obs. n° 8).

B : Si l'exérèse est impossible, il faut faire une double dérivation :
 - bilio-digestive : hépatico duodénale ou jéjunale de préférence.
 - digestive pour pallier l'éventuelle compression du duodénum par la tumeur, ou son envahissement qui ne tarde guère en règle.

La double dérivation a été faite une fois (Obs. n° 1); une simple dérivation cholédoco-duodénale a été préférée dans un autre cas (Obs. n° 7) où la cholangiographie per opératoire mettait en évidence une image du bas cholédoque qui évoquait davantage l'oddite que le cancer et où l'état général était altéré.

III - Le CANCER PEDICULAIRE

A : La tumeur est extirpable et pour cela il faut tenir compte de
 l'extension en haut le long du pédicule, et de l'extension aux éléments du pédicule, en particulier à la veine porte. Deux possibilités se présentent schématiquement en sachant que l'exérèse doit enlever deux centimètres de muqueuse saine de part et d'autre de la tumeur, selon la plupart des auteurs.

- . 1) le cancer est sus ou juxta-duodéal ; la duodénopancréatectomie céphalique étendue vers le pédicule, avec curage ga glionnaire, avec ou sans cholécystectomie selon la hauteur de l'atteinte néoplasique sur le cholédoque, peut être employée, nous n'en avons pas l'expérience.
- . 2) La résection de la voie biliaire principale et de la vésicule semble être la thérapeutique idéale des cancers pédiculaires. Sur le plan technique, on commence par libérer la vésicule de son lit hépatique, ligaturer l'artère cystique. La voie biliaire principale est ensuite sectionnée sous la tumeur, le bout inférieur cholédocien peut être conservé, lié ou suturé. L'exérèse se fait alors de bas en haut, en attirant la V.B.P. vers le haut. Cette manoeuvre permet de préserver au maximum le tronc porte, l'artère hépatique et sa branche droite. La section supérieure peut être limitée par l'extension vers le hile.

Le rétablissement de la continuité peut se faire de diverses façons :

α . Rarement par suture bout à bout si l'on a conservé le bout cholédocien inférieur, car la perte de substance est assez grande et la traction risque d'être trop forte sur l'anastomose. Peut-être y a-t-il ici une place pour la plastie veineuse, comme elle semble avoir été préconisée pour la reconstruction des voies biliaires après section traumatique ?

β . Habituellement par une anastomose hépato-digestive :

- hépaticojéjunostomie sur anse en Y selon la technique de ROUX
- hépaticojéjunostomie sur anse en Ω , avec ou sans ligature de l'anse afférente, mais avec anastomose au pied de l'anse.

Certains intubent cette anastomose par un drain de polythène, surtout si elle est de petit calibre.

Nous avons utilisé deux fois ces principes :

Une fois avec exérèse de la V B P depuis le bord supérieur du pancréas jusqu'à la convergence, rétablissant la continuité à l'aide d'une anse en Y sans drain tuteur (Obs. n° 11)

Une autre fois, la même intervention a été faite, mais le canal hépatique droit paraissait envahi, et l'anastomose fut hépatico-duodénale sur tube perdu. La résection semble avoir été incomplète, mais son but était essentiellement palliatif puisque cette malade présentait une diffusion métastatique avancée.

B : La tumeur est inextirpable et il faut lever le barrage biliaire
... par une dérivation palliative dont il existe plusieurs types.

- 1/ Les dérivations biliaires internes parmi lesquelles l'hépatico-jéjunostomie sur anse en Y semble la meilleure ; l'hépatico cholécysto duodéno ou gastrostomie étant une solution de fortune devant l'importance des lésions anatomiques.

1 cholécysto gastrostomie a été pratiquée (Obs. n° 8) en espérant que le cystique resterait assez longtemps perméable.

Nous signalerons l'intérêt de deux détails techniques :

.. le décollement de la plaque hilaire selon la manoeuvre de HEPP COUINAUD, qui permet de découvrir le canal hépatique gauche.

.. la résection du segment IV exposant parfaitement la convergence.

- 2/ D'autres méthodes ont été employées lorsqu'aucune dérivation n'était possible, tel le forage de la tumeur suivi de drainage transtumoral. Nous l'avons tenté une fois sans réussir à passer le cathéter et nous avons dû nous contenter d'un drainage biliaire externe (Obs. n° 10).

IV - Le CANCER du HILE

Classiquement inaccessible à l'exérèse, la chirurgie palliative a trouvé de nombreux artifices pour rétablir le courant biliaire, ou pour diminuer la rétention.

A - Parmi les procédés palliatifs, il en existe à court terme parmi lesquels :

- 1 . La dérivation biliaire externe, transcutanéohépatique (CARTER et SAYROL, LEGER) ou encore hépaticostomie cutanée dont le principe consiste à intuber un canal intra-hépatique dilaté et à faire sortir le tube à la peau. Ce procédé crée une grande déperdition biliaire et entraîne des désordres métaboliques risquant d'aggraver l'état général. Faite une fois parmi nos malades pour un cancer pédiculaire étendu au hile (Obs. n° 10)
- 2 . des dérivations biliaires internes qui ne sont employées à l'heure actuelle, comme les précédentes, que lorsqu'il est impossible de faire autre chose.
 - .a) le drainage transcutanéohépatique peut être combiné avec le forage tumoral , une hépato anastomose sur anse en Y ou Ω , il peut être mis en circuit fermé évitant toute déperdition biliaire.
 - .b) les dérivations atypiques, telle l'opération de GOINARD et PELISSIER, a été pratiquée une fois pour un cancer hilaire ; il s'agissait d'une femme de 84 ans dont l'état général était altéré, et il ne paraissait pas possible de faire une double dérivation comme il était souhaitable devant de telles lésions (Obs. n° 2).

De nombreuses autres interventions atypiques ont été réalisées ou proposées, mais nous n'en avons pas l'expérience.

- 3 . Depuis de nombreuses années, les dérivations typiques à long terme dont la technique est répandue, se proposent d'anastomoser un canal biliaire intra hépatique sus-jacent à l'obstacle avec un segment du tube digestif. Parmi ces dérivations les plus fréquemment utilisées :

α / les unes s'inspirent du procédé de DOGLIOTTI, anastomosant le canal du segment III avec l'estomac. Nous l'avons pratiquée une fois (Obs. n° 4) chez un malade porteur de métastases

multiples qui est décédé le 3ème jour.

β/ d'autres s'inspirent du procédé de Longmire, anastomosant le canal du segment III avec une anse jéjunale en Y, dans le but d'éviter le reflux de l'angiocholite.

γ/ Plus récente est la double dérivation droite et gauche, utilisée à trois reprises par PRIOTON et collaborateurs. A gauche, ils utilisent le canal du segment III, et à droite le canal du segment V. Le montage bilio-digestif est fait selon les possibilités avec une anse en Y ou une anse en Ω avec anastomose au pied de l'anse et ligature du segment afférent (HIVET).

Les indications de ces différentes dérivations sont fonction de la résistance du malade, des conditions anatomiques, et surtout du résultat de la cholangiographie per opératoire ; en effet, 2 cas schématiques se posent :

- ou bien il y a communication entre les foies Droit et gauche.
- ou bien il n'y a aucune communication.

Dans le premier cas, une anastomose unilatérale gauche, habituellement, car plus simple, est réalisée, en connaissant le risque ultérieur d'obstruction due à l'extension néoplasique, mais l'anastomose est à distance.

Dans le deuxième cas, l'anastomose unilatérale est insuffisante et il faut pratiquer la double cholangiojéjunostomie périphérique qui assurera un drainage biliaire hépatique complet, sauf si un des canaux sectoriels V ou III est exclu par la tumeur, ce que l'on peut voir à la cholangiographie.

Nous n'avons pas pratiqué cette double dérivation qui semble séduisante par l'amélioration clinique qu'elle procure et la survie prolongée. Dans l'observation n° 4 où la convergence était complètement oblitérée, il aurait été logique de pratiquer la double dérivation ; malheureusement l'état général et l'existence de nombreuses métastases ont fait raccourcir le temps opératoire et une

opération de DOGLIOTTI, plus rapide, a été exécutée.

B - Peu de place a été faite dans la littérature aux hépatectomies réglées dans le cancer du hile.

Nous avons fait une fois une hémi hépatectomie gauche (Obs. n° 9) pour un petit cancer localisé du canal hépatique gauche, chez un malade porteur d'une cirrhose cholostatique.

Le chirurgien a été entraîné à faire cette hémi hépatectomie :

- en raison de la rigidité de l'auvent hépatique due à la cirrhose ; l'infiltration inflammatoire ou néoplasique du hile ne permettait pas de faire une résection partielle suivie d'anastomose bilio-digestive.
- en raison de la facilité technique, de la rapidité d'exécution comparée à une anastomose bilio-digestive difficile, voire impossible.
- en raison de la suppression de toute possibilité de fistule biliaire dans les suites opératoires.

Dans une autre observation (n° 14), où le malade est décédé avant l'intervention, une hémi hépatectomie droite aurait pu être proposée pour des raisons identiques.

Il faut donc laisser une place à l'hémi hépatectomie dans les petits cancers bien localisés à un canal hépatique respectant la convergence.

L'exérèse tumorale a été possible une autre fois (Obs. n° 12) chez une femme dont le cancer englobait le cystique, le canal hépatique commun et le canal hépatique droit. Le bloc néoplasique n'a pu être enlevé en totalité malgré l'étendue de la résection vers la partie droite du hile. L'anastomose a peut être été faite sur une convergence déjà envahie. Dans un tel cas, est-ce que l'hépatectomie droite ne serait pas logique, à condition que toutes les conditions requises soient présentes ?

Nous n'avons pas une vision assez claire de ce problème pour poser des indications précises, mais l'hémi hépatectomie est une solution que l'on doit parfois envisager.

.....
 :
 : R E S U L T A T S :
 :

Sur nos 14 cancers de ma Voie Biliaire Principale, il y a eu :

- 1 décès pré-opératoire ; la vérification anatomique en a permis le diagnostic.
- 13 interventions dont :
 - 2 laparotomies exploratrices
 - 8 opérations à visée palliative (1 perdue de vue)
 - 3 opérations à visée curatrice.

Sur les 12 malades restants, 8 sont décédés dans le 1er mois, et 4 ont eu une survie supérieure à trois mois.

I - Décès post-opératoires, dans le premier mois (7/12).

Il s'est toujours agi soit de laparotomies exploratrices, soit d'opérations palliatives.

Chez ces malades, 5 fois le cancer était diffus sur la V.B.P., 3 fois, il ,était localisé. Mais dans tous ces cas, il existait des métastases hépatiques ou péritonéales, parfois diffuses (6 cas), ou bien une extension locale importante (3 cas) expliquant le geste palliatif ou l'abstention thérapeutique.

Il y a eu 1 décès post-opératoire immédiat en rapport avec un collapsus non hémorragique, chez une femme de 84 ans.

Il y a eu 2 décès précoces au 3ème jour, l'un par coma qui a été qualifié d'hépatique, l'autre dû à une anurie en rapport avec un collapsus post-opératoire.

Les 5 autres décès ont eu lieu entre le douzième et

le vingt sixième jour avec comme causes : hématomèse, aggravation progressive de l'état général, troubles métaboliques, insuffisance hépatique.

La pathogénie de ces décès n'est pas précise sur le plan biologique, mais il faut remarquer que tous ces malades avaient une extension néoplasique diffuse. La présence de métastases, d'extension loco-régionale doit donc inciter à pratiquer une simple laparotomie exploratrice ou une dérivation trans-hépatique, conformément à ce qui est préconisé dans la littérature et abandonner tout espoir d'obtenir une amélioration, ne serait-ce que pendant quelques mois.

II - Survies au-delà de trois mois (4/12)

Il s'agit de : 2 cancers du cholédoque rétro-pancréatique
 : 1 cancer pédiculaire
 : 1 cancer hilaire.

A/ Cancers du cholédoque rétro-pancréatique

Obs. n° 1 : Il s'agissait d'une femme de 70 ans chez laquelle le diagnostic de lithiase du cholédoque avait été porté. L'intervention a été palliative, le diagnostic rectifié à ce moment. Une double dérivation bilio-digestive a été pratiquée. Le déjaunissement a été rapide, la malade a quitté la clinique au bout de 1 mois, et revue régulièrement en consultation.

Trois mois plus tard, apparition d'une intolérance digestive avec vomissements, puis d'une occlusion intestinale qui amène à réintervenir :

il existe un blocage complet de l'hypocondre droit, indissociable et une métastase hépatique qui est biopsée. Le seul geste possible est une nouvelle gastro entérostomie.

Le rétablissement du travail est très long, et la malade part au bout d'un mois en convalescence.

A partir de ce moment elle est perdue de vue, et c'est grâce à l'Etat-Civil que nous avons su que sa survie était de 18 mois, sans pouvoir en préciser les conditions.

A la réintervention l'extension locale était très importante, le foie était envahi, mais malgré tout l'anastomose bilio-digestive devait toujours être perméable puisqu'il n'y avait pas d'ictère.

On peut penser que le confort de la survie de cette malade n'a pas été bon.

signes de récurrence par cachexie et angiocholite.

L'examen nécropsique a confirmé la cirrhose biliaire et l'angiocholite, l'absence de métastases et la perméabilité des voies biliaires intra et extra hépatiques.

Au terme de notre bilan, nous pouvons dire :

... que les anastomoses palliatives sont efficaces dans l'immédiat. moyennant de les faire dans de bonnes conditions, au vu de la littérature (cf. tableau) , elles ne mettent évidemment pas à l'abri de l'extension néoplasique et même peuvent être la source d'angiocholite, redoutable. Elles peuvent faire espérer une survie allant selon les auteurs de 2 à 19 mois, dans un confort satisfaisant.

On doit les réserver aux tumeurs inextirpables n'ayant pas de métastases.

... que les opérations à but curatif sont à tenter dans les limites maxima du raisonnable, en sachant l'incertitude du pronostic, mais aussi que c'est la seule chance de guérison.

Aux exérèses, il faut ajouter l'hépatectomie dont nous avons retrouvé UNE observation dans la littérature, et qui par des indications précises trouvera sa place.

Là encore, la survie confortable peut être perturbée par une cirrhose biliaire évolutive, une angiocholite.

RELEVÉ des STATISTIQUES de la LITTÉRATURE

AUTEURS	K V.B.P. opérés	SURVIE MOYENNE		
		LAPAROTOMIES	Opérations palliatives	EXERESE
HOLLENDER et collaborateurs	16	2 : ... : Décès post-opératoire	8 : ... : 4 mois	6 : ... : 12 mois
BENHAMOU et collaborateurs	6	0 : ... :	5 : ... : 2 mois	1 : ... : bien portant 4 mois après
HEPP, MERCADIER & collaborateurs	7	1 : ... : 3 semaines	4 : ... : 10 mois	2 : ... : bien portants à 9 et 12 mois
DENBSTEIN (K Hile & pédic.)	42	24 : ... : ?	16 : ... : de 1 à 4 mois	2 : ... : 1 † à 31 mois 1 b.p. à 6 a., 2 m.
MOURGUES, MOLINES et collaborat.	9	3 : ... : ?	3 : ... : 1 survie de 3 ans 1/2	3 : ... : 1 † à 18 mois 2 b.p. à 12 & 18 m.
HIVET et RICHARME (K Hilaires)	26	0 : ... :	26 : ... : 15 survies < 1 mois 6 " à 9 " 5 survivants dont 1 depuis 10 m.	0 : ... :
PRIOTON et Coll. (K Hilaires)	15	0 : ... :	15 : ... : 8 survies < 68 jours 7 " à 19 mois	0 : ... :
OBSERVATIONS PERSONNELLES	13	2 : ... : 1 mois	8 : ... : 7 survies à 1 mois 1 " à 18 "	3 : ... : 1 survie à 8 mois 2 b.p. à 3 mois et 35 "

Figure VIII

OBSERVATIONS PERSONNELLES	SURVIE	ICTERE	PRURIT	ANGIOCHOLITE	AUTRES	CONFORT DIGESTIF	QUALITE de la SURVIE
1	18 mois	disparu	jamais eu	0	blocage sous- hépatique. Mé- tastases hépat	mauvais	mauvaise
5	bien portant à 35 mois	disparu	persiste discrètement	0	0	quelques trou- bles dyspepti.	très bonne
11	bien portant à 3 mois	disparu	disparu	1 crise	Anorexie	quelques trou- bles digestifs au début	bonne
9	8 mois	rétrocession persiste	disparu	+ + +	0	troubles digestifs	insuffisante

C O N C L U S I O N

Nous avons retenu des cancers de la Voie Biliaire Principale les points suivants :

1. la difficulté d'une classification précise anatomo-pathologique et l'intérêt des constatations opératoires macroscopiques qu'il est nécessaire de compléter par une cholangiographie per opératoire sus et sous tumorale si besoin est, surtout dans les cancers diffus.
2. la difficulté du diagnostic clinique et l'intérêt de rechercher un prurit, un ictère fugace dans les antécédents immédiats. Parmi les examens complémentaires, deux nous ont paru supérieurs :
 - la laparoscopie, en particulier dans les cancers du hile, ou l'association gros foie de cholostase-vésicule collabée est hautement suspect d'un obstacle sus-jacent au carrefour cystico-hépatico-cholédocien.
 - la cholangiographie transhépatique pré opératoire, peut montrer l'obstacle, son siège, sa nature. Elle permet d'envisager la tactique opératoire.

Dans certains cas, ni la laparoscopie, ni la cholangiographie trans hépatique ne peuvent aider à établir le diagnostic lésionnel. La laparotomie exploratrice est alors le seul recours pour découvrir l'étiologie de cet ictère rétionnel.

3. Le traitement est chirurgical et les indications sont bien réglées selon la localisation.

Dans le hile, le traitement peut être curatif si le cancer est nain, sans extension, selon les cas il peut être fait :

- une exérèse avec reconstruction du tractus biliaire.
- une hépatectomie et nous en distinguerons deux types :
 - .. l'hépatectomie simple
 - .. l'hépatectomie utilisant, pour rétablir la continuité des anastomoses, bilio-biliaire, bilio-digestive.

4. Le pronostic est encore sombre, ne laissant guère espérer de survie supérieure à 18 mois pour les meilleures anastomoses palliatives.

C'est la raison pour laquelle l'exérèse doit être tentée chaque fois qu'elle est techniquement possible car ses résultats sont meilleurs.

OBSERVATIONS

Mme C O L 70 ans

Observation n° 1

1960

ictère rétionnel avec douleur et fièvre

cancer du cholédoque rétro-pancréatique

1ère intervention : palliative

2ème intervention pour occlusion par extension néoplasique locale :
palliative

Survie : 18 mois

Hospitalisée en septembre 1960 à la clinique St Louis pour ictère rétionnel.

Antécédents : troubles dyspeptiques vagues existant depuis plusieurs années.Tableau clinique :ictère apparu 15 jours avant son admission, douloureux et fébrile,
sans prurit.

Etat général altéré. Selles décolorées. Urines très foncées.

Abdomen : douleur prédominant dans l'hypocondre droit qui est souple.

Examens biologiques :

Bilirubine totale 180 - Directe 140.

Cholestérol ; 3,80-

Phosphatases alcalines : 38 U K A

Diagnostic : ictère mécanique - lithias cholédocienne.

C R O 25.9.60 : Professeur PILLET

Vésicule scléro atrophique, bourrée de calculs, incarcerated dans le foie.
Cholédoque énorme et sous tension, de 3 cm de diamètre.Masse tumorale dure de la taille d'une noix dans la tête du pancréas, sur
le trajet présumé du cholédoque.Cholécystectomie - Choledocotomie : issue de bile sous tension, cathétérisme
de haut en bas impossible.Duodénotomie, tentative de cathétérisme de bas en haut : l'induration est
tumorale et non calculeuse. Duodénorrhaphie

Anastomose cholédoco-jéjunale sur anse exclue.

Anastomose gastrojéjunale.

SUITES OPERATOIRES

Rétablissement très lent du transit ; déjàunissement rapide.

Sort le 25/10/60 en assez bon état général.

SUITES à distance

L'ictère est complètement disparu ; l'état général s'altère à la suite de l'installation progressive d'une intolérance digestive avec vomissements de plus en plus fréquents. Fin décembre 1960 s'installe un véritable état occlusif amenant à réintervenir.

.....
C R O 4/1/61 : Professeur PILLET
.....

Blocage indissociable de tout l'hypocondre droit.

Métastase hépatique (biopsie)

Gastroenterostomie transmésocolique sur la première anse libre.

ANA. PATH. : Métastase hépatique

Suites : très long rétablissement du transit ; sort le 4/2/61 pour un hôpital rural - Perdue de vue ensuite.

Décédée en Juin 1962 dans des conditions inconnues.

	Observation n° 2
Mme M A R. ... 84 ans Ictère rétentionnel Cancer du hile avec convergence oblitérée Intervention palliative Décès post-opératoire immédiat	1966

Hospitalisée en mai 1966 à la Clinique Chirurgicale A pour ictère rétentionnel apparu six semaines avant.

Antécédents : rien de spécial.

Installation de l'ictère précédée d'un syndrome grippal.

Ictère accompagné de selles décolorées, d'urines très foncées, d'un prurit féroce, sans douleur ni fièvre.

La palpation met en évidence un gros foie débordant le rebord costal, on ne trouve pas de tumeur abdominale.

Examens complémentaires :

Bilirubine totale : 380 mg/l. , Directe : 343 mg/l.

Cholestérol total : 12 g/l.

Phosphatases alcalines : 45 U K A

Examens radiographiques :

Abdomen sans préparation ; image calculeuse de l'aire vésiculaire

Transit gastroduodénal : petite hernie hiatale - cadre duodénal normal.

Diagnostic :

Ictère rétentionnel d'étiologie discutée :

- hépatite prolongée, cholostatique

- lithiase cholédocienne

- compression extrinsèque des voies biliaires par une tumeur de voi-

- sinage , des adénopathies, un cancer du pancréas ou des voies biliaires.
- cancer secondaire du foie.

.....
C R O 31.5.1966 : Professeur GUNTZ.
.....

Laparotomie médiane.

Petit foie vert avec plusieurs nodules métastatiques ; au niveau du confluent biliaire supérieur, il existe une volumineuse tumeur du volume d'un oeuf de pigeon. La vésicule est dilatée mais exclue, contenant une bile blanchâtre et un énorme calcul ; au niveau du fond, il existe une formation tumorale qui est prélevée.

Cholangiographie : dilatation importante du secteur droit et oblitération de la convergence ; le secteur gauche est dilaté également.

On préfère pratiquer une dérivation des voies biliaires droites par le procédé de Goinard, c'est-à-dire par ouverture de la branche droite dans la vésicule, ouverture faite à la pince de Bengolée, et montage d'une anse grêle pour l'anastomose cholecysto-jéjunale. On trouve assez facilement la canal biliaire dilaté en dirigeant la pince vers le hile ; de la bile blanchâtre et du sang mélangés s'écoulent dans la vésicule. L'anse afférente est liée selon le procédé de Tomoda et une anastomose est faite au pied de l'anse.

Paroi au nylon 2 en un plan.

ANA. PATH.

Fon de la vésicule : adénocarcinome excréto biliaire.

Suites opératoires :

Décès post-opératoire par collapsus brutal et irréversible.

Une vérification anatomique est faite le lendemain : la perméabilité de l'anastomose est conservée, il n'existe pas d'hématome intra-hépatique, ni d'épanchement hémorragique ou biliaire, dans la cavité abdominale.

	Observation n° 3
Mme U L D E. ... 57 ans	1968
Ictère rétentionnel - syndrome pré ictérique	
Cancer du hile avec convergence bloquée	
Intervention palliative	
Perdue de vue	

Malade transférée de la Clinique Médicale A à la Clinique Chirurgicale A en avril 1968 pour ictère rétentionnel.

Antécédents : diabète connu depuis 15 ans, traité et bien équilibré.

Coronarite et hernie hiatale découvertes un an auparavant, de même qu'une rétinopathie diabétique.

Tableau clinique :

Trois semaines après un épisode grippal survenu en février, survient une crise douloureuse, brutale de l'hypocondre droit suivie d'une crise d'urticaire associée à des "démangeaisons". L'ictère s'installe les jours suivants après une nouvelle crise douloureuse et des frissons. Les urines deviennent foncées, et les selles claires.

L'examen clinique retrouve cet ictère, et un gros foie légèrement sensible, il n'y a pas de fièvre, mais un prurit marqué.

Examens biologiques

Cholestérol total : 14,52 g/l.

Bilirubine totale : 170 mg/l. , directe 170 mg/l.

PHosphatases alcalines : 50 U K A

Vitesse de sédimentation : 50/82

Examens complémentaires :

Un transit oesogastro duodéal montre la hernie hiatale et l'absence de lésion pariétale gastrique et duodénale.

Examinée à nouveau en chirurgie, une grosse vésicule est retrouvée sous l'hépatomégalie.

Le Diagnostic posé est celui de lithiase cholédocienne vraisemblable.

.....
C R O 9/5/68 : Professeur GUNTZ
.....

Laparotomie médiane sus et sous ombilicale.

L'exploration montre une grosse vésicule, dure, recouverte de taches jaunâtres et un nodule hépatique. On a l'impression d'une vésicule tumorale ou calculeuse.

On découvre également une série de taches au niveau du péritoine pariétal postérieur latéro-duodéal et plusieurs nodules intra-hépatiques. Le hiatus de Winslow est pratiquement bloqué par une masse tumorale.

En conclusion, notre impression est qu'il s'agit d'un cancer des voies biliaires avec diffusion vers le péritoine, la vésicule et le foie.

On commence par découvrir un canal hépatique au niveau du ligament rond selon la méthode de Hepp-Couinaud. Par ce canal on fait une cholangiographie qui montre un blocage au-dessous de la convergence. Une anastomose intra-hépatique s'avère nécessaire.

Abord du canal gauche par décollement de la plaque hilaire ; on peut mettre à nu trois centimètres de canal hépatique gauche ; celui-ci est incisé longitudinalement (les voies biliaires ne contiennent que de la bile blanche) On procède ensuite à une anastomose latéro-latérale entre le canal hépatique gauche et une anse jéjunale en Y ; celle-ci est ensuite suspendue à la capsule de Glisson.

Cholecystectomie : la vésicule contient 2 calculs muriformes.

Drain de Penrose dans le lit vésiculaire, et drain ondulé dans la région sous anastomotique.

ANATOMO-PATHOLOGIE

- Vésicule : Le fait morphologique essentiel est la présence dans les plans

les plus externes de l'organe de plusieurs foyers adénocarcinomateux très différenciés, formés de structures glanduliformes dont les cellules bordantes sont typiquement excréto-biliaires. Etant donné la localisation de ce processus carcinomateux et malgré sa communauté histologique avec le revêtement de la vésicule, il semble évident qu'il ne s'agit pas ici d'un cancer primitivement vésiculaire, mais d'un nodule secondaire à un cancer excréto-biliaire situé en un autre point de l'arbre biliaire. Le petit nodule périvésiculaire est constitué de la dispersion dans une trame fibreuse d'éléments carcinomateux de type excréto-biliaire parfaitement différenciés.

- Foie : aucun foyer métastatique, mais intenses lésions de rétention biliaire avec présence de très nombreux et très volumineux thrombi biliaires intra capilliculaires surtout dans les zones centro-lobulaires. Cholostase majeure suggérant une origine mécanique.

Suites opératoires :

Elles ont lieu dans le Service de Réanimation Chirurgicale; troublées par diverses complications que l'on arrive à surmonter (collapsus à répétition, instabilité glycémique, état infectieux sérieux, pneumothorax du sommet gauche).

A partir du 10ème jour, la fièvre ondulante persiste, dont l'origine probable est l'angiocholite, et s'y surajoutant un abcès de paroi, une infection pulmonaire en rapport avec le pneumothorax.

L'ictère n'a pas régressé depuis l'intervention. Toutes ces complications se terminent bien petit à petit lorsque survient une crise de tachycardie paroxystique qui cède au traitement médical.

Le 31 Mai la malade retourne dans son service de chirurgie d'origine.

A partir de ce moment, elle est perdue de vue.

Observation n° 4	
Mr B U. ... 69 ans	1968
Ictère rétentionnel	
Cancer du hile avec oblitération de la convergence.	
Intervention palliative	
Décès au 3ème jour post-opératoire.	

Transféré de la clinique Médicale B à la clinique Chirurgicale A pour ictère rétentionnel en Juin 1968.

Antécédents : néant

Tableau clinique :

L'ictère s'est installé progressivement un mois auparavant, marque par un épisode douloureux épigastrique au début. Il a évolué de façon continue sans fièvre, sans arthralgie et sans prurit au début.

L'examen clinique :

ictère généralisé jaune verdâtre, avec urines foncées et selles décolorées.

Etat général altéré : amaigrissement, anorexie, asthénie marqués. Il existe des douleurs épigastriques sans caractère de spécificité, un prurit important apparu secondairement.

Le foie est gros, présentant à la partie moyenne de son bord antérieur un nodule lisse, régulier, sensible (grosse vésicule ? ..)

Examen biologique :

V. S. : 23/58

Bilirubine totale : 134 mg/l. - directe 127 mg/l.

Phosphatases alcalines : 82 U K A

Cholestérol total : 1,86 g/l.

Examens complémentaires :

- Radiologiques :

l'abdomen sans préparation ne montre pas d'image lithiasique ni de calcification pancréatique.

Le transit gastroduodénal : cadre duodénal normal.

- Scintigraphie hépatique : hypertrophie hépatique , dans le lobe droit une zone sans fixation évoque une métastase. Le nodule palpé au bord inférieur du foie ne fixe pas l'or colloïdal.

- Laparoscopie : gros foie verdâtre à bord émoussé en rapport avec la cholestase ; au niveau du lobe droit, il existe une plage lardacée et des nodules métastatiques très caractéristiques d'une affection néoplasique. La vésicule n'est pas vue.

Conclusion : "l'existence d'une grosse vésicule clinique avec une cholestase évoque en premier lieu une localisation pancréatique ou vaterienne avec métastases hépatiques et péritonéales".

Diagnostic : ictère rétentionnel d'origine néoplasique.

.....
C R O 28.6.68 : Professeur GUNTZ
.....

Laparotomie médiane sus et sous ombilicale.

On aspire 2 litres 1/2 d'ascite ; d'emblée on découvre une masse para hilare hépatique englobant la totalité du pédicule et la région de l'infundibulum vésiculaire. Il existe de très nombreuses métastases hépatiques dont une, énorme, grosse comme un poing au niveau du dôme, d'autres disséminées dans les deux lobes, aussi bien sur la face supérieure qu'inférieure (biopsie). Le reste de l'exploration montre plusieurs métastases sur le grêle, sur la paroi abdominale antérieure, dans la gouttière pariéto-colique gauche, et une grosse au niveau du pylore.

Dans ces conditions, il apparaît illusoire de tenter une intervention importante.

Cholangiographie par un canal dilaté dans le sillon ombilical, repéré après section du ligament rond et dissection du sillon. Les voies biliaires intra-hépatiques gauches sont dilatées de façon monstrueuse, la convergence est complètement oblitérée ; il n'y a donc aucune communication entre le foie droit et gauche.

Théoriquement une double dérivation serait nécessaire. On se contente devant les conditions locales existantes de faire une intraducto-gastrostomie à la manière de DOGLIOTTI en utilisant le canal du segment III. La région anastomotique gastrique est suspendue au ligament rond et à la capsule de

Glisson. La vésicule est ouverte, on en extrait un volumineux calcul ainsi que de la boue biliaire ; cholécystostomie.
On termine en mettant en place 2 drains de Penrose, l'un dans la région hilaire, l'autre au-dessous de l'anastomose.

Anatomo-Pathologie : Biopsie hépatique : métastase d'un adénocarcinome.

La structure histologique est celle d'un adénocarcinome dont la morphologie ne permet pas de remonter d'une façon formelle à l'origine. L'aspect est cependant plutôt compatible avec une origine excréto-biliaire ou pancréatique qu'avec une origine colique qui ne peut cependant être écartée.

Suites opératoires :

Très difficile malgré une réanimation intense. Le décès se produit le 3ème jour par suite d'un collapsus et d'une anurie sur lesquels le traitement n'a aucun effet.

	Observation n° 5
Mr C O M. ... 45 ans Ictère rétensionnel sans douleur ni fièvre, avec prurit Cancer du cholédoque rétropancréatique Intervention curatrice Bien portant 36 mois après.	1968

Hospitalisé en Novembre 1968 à la Clinique Chirurgicale A pour ictère rétentionnel.

Antécédents : quelques crises douloureuses de l'hypocondre droit depuis plusieurs années, asthme connu et traité.

Histoire clinique : l'ictère s'est installé progressivement 2 mois avant accompagné d'urines foncées, de selles décolorées et de prurit, sans fièvre ni douleur. L'examen trouve un gros foie, mais pas de grosse vésicule. Dans les 6 mois précédents, le malade a maigri de 10 Kgs.

Examens biologiques :

Bilirubine totale 180 - directe 148 mg/l.

Cholestérol : 6,8 g/l.

Examens complémentaires

Une cholangiographie transcutané-hépatique est faite 48 heures avant l'intervention. Elle montre une dilatation des voies biliaires intra-hépatiques et de l'hépto-cholédoque ainsi qu'une image d'arrêt au niveau du cholédoque rétro-pancréatique, évoquant un processus néoplasique.

Diagnostic : néoplasme du cholédoque rétro-pancréatique.

C R O 25/11/68 : Professeur GUNTZ

.....
Gros foie de cholostase ; la vésicule est dilatée. Dans le pédicule hépa-

tique et dans la région coeliaque on palpe des adénopathies.

Au niveau du bas cholédoque, une masse très dure est sentie dans la tête pancréatique.

Duodéno pancréatectomie-céphalique avec rétablissement des continuités selon la technique de Chill. Cholécystectomie.

Ana-Path. : Adénocarcinome végétant du bas cholédoque, sténosant, sans métastase ganglionnaire.

Suites opératoires :

La disparition de l'ictère est complète en quinze jours, le prurit a presque complètement disparu.

Un mois après l'intervention, un abcès sous-phrénique est drainé. Les suites sont simples et le malade part dans un centre de convalescence où il se trouve encore à l'heure actuelle.

Nous l'avons revu à plusieurs reprises en consultation, la dernière datant du 25/10/71, date à laquelle nous avons constaté son bon état général (+ 10 kgs depuis l'intervention), l'absence de crises d'angiocholite, la disparition complète du prurit. Le malade se plaint de son asthme car il fait des crises fréquentes, et de la cicatrice de drainage de l'abcès sous-phrénique.

Il ne présente aucun signe de récurrence.

	Observation n° 6
Mme N E V. ... 81 ans	1970
Ictère rétentionnel avec prurit	
Cancer pédiculaire	
Laparotomie exploratrice	
Décès au 15ème post-opératoire	

Hospitalisée en Janvier 1970, dans le Service de Chirurgie Générale pour ictère rétentionnel.

Antécédents :

- aurait une anémie pernicieuse dont la preuve n'est pas faite, mais reçoit régulièrement des transfusions sanguines depuis plusieurs années.
- Cholécystectomisée en 1962, à la suite d'un tableau de cholécystite aiguë précédé d'épisodes angiocholitiques et d'ictère rétentionnel.
Il existait un pneumocholécyste sur la radio sans préparation, le transit ne montrait pas de reflux biliaire.
Le C R O a été retrouvé ; il ne mentionnait pas d'anomalie majeure, mais le cholédoque semblait un peu dilaté, blanchâtre, épaissi.
La cholangiographie peropératoire montrait un calcul de l'hépatique commun, qui a été extrait. L'intervention s'est terminée simplement par un drain de Kehr, la malade est sortie Au 12ème jour.
Cependant l'anatomo-pathologie de la pièce mentionnait au niveau du cystique : " ... réaction papillomateuse de la muqueuse qui est presque totalement oblitérée par des franges recouvertes d'un épithélium cylindrique comportant quelquefois des inégalités nucléaires et des mitoses.

Histoire Clinique :

Depuis cette intervention, la malade ne signale aucun ennui.

L'ictère s'est installé à bas bruit deux semaines avant, accompagné de douleurs de l'hypocondre droit.

C'est un ictère de type rétentionnel, apyrétique, accompagné de prurit, de selles décolorées, et d'urines très pigmentées. Un amaigrissement de 8 Kgs est noté depuis quelques mois. On ne palpe ni gros foie, ni grosse vésicule.

Examens biologique :

Cholestérol : 3,8 g/l.

Bilirubine totale 190 mg/l. -- directe 150 mg/l.

Diagnostic : On envisage une lithiase cholédocienne sans exclure la possibilité d'un néoplasme.

C R O 21.1.70 . Docteur VAUCLIN

.....:

Reprise de la para médiane droite.

Le pédicule hépatique n'est qu'un bloc dur, s'élargissant vers sa base; dans ce bloc on individualise un cholédoque très dur, surtout en bas. Le diagnostic de cancer cholédocien est posé.

Au niveau du genu superius, inclus dans cette masse, on pratique une biopsie après décollement duodéno-pancréatique.

Aucun geste n'est possible devant l'étendue des lésions.

Lame dans le décollement sortant par une contre incision.

Fermeture de la paroi.

Ana-path. carcinome excréto-biliaire.

Suites : décès le 15ème jour post-opératoire dans un état de cachexie progressive, aggravée par des troubles métaboliques impossibles à compenser.

	Observation n° 7
Mme P R O D. ... 80 ans Ictère rétentionnel, sans douleur, fièvre , prurit. Cancer du cholédoque rétro-pancréatique. Intervention palliative. Décès au 15ème jour post-opératoire.	1970

Hospitalisée en avril 1970 dans le Service de Chirurgie Générale pour ictère rétentionnel.

Antécédents : Cette femme a été explorée pour des troubles rectaux quelque temps auparavant (TR - Rectoscopie - L B), mais rien n'a été trouvé.

Histoire Clinique :

L'ictère s'est installé dix jours avant, sans douleur, sans fièvre, sans prurit, son intensité augmente régulièrement, il s'accompagne d'urines très sombres et de selles claires. On palpe une grosse vésicule.

Examens biologiques :

Bilirubine totale : 140 mg/l. - directe 120 mg/l.

Phosphatases alcalines : 104 U K A

Taux de prothrombine : 43 %.

Examens complémentaires : Le transit gastro-duodénal montre un rétrécissement antral prépylorique d'origine extrinsèque.

Diagnostic : ictère rétentionnel ; on propose une laparotomie exploratrice.

.....
C R O 22.4.70 : Docteur VAUCLIN
.....

Para médiane droite.

Grosse vésicule, mais pas sous tension, cholédoque épaissi dans son ensemble; modérément dilaté. Sur le fois, il existe un module à cheval sur le ligament falciforme (biopsie). Le pancréas paraît normal.

Cholangiographie par un drain de Kehr introduit dans le cholédoque : rétrécissement irrégulier du cholédoque terminal évoquant une oddite scléreuse, avec peu de passage : image de sténose incomplète.

Anastomose cholédoco-duodénale en un plan.

Lame sous-hépatique sortant par une contre incision.

Fermeture de la paroi.

Anatomo-pathologie.

Foie : métastase d'adénocarcinome peut-être excréto-biliaire.

Suites opératoires :

Décès au 15ème jour dans un tableau d'insuffisance hépatique avec troubles de la coagulation et coma.

Observation n° 8	
Mme M O R I 80 ans	1970
Ictère rétentionnel	
Cancer du pédicule	
Intervention palliative	
Décès au 3ème jour post-opératoire	

Hospitalisée à la Clinique Chirurgicale B en Mai 1970 pour ictère rétentionnel.

Anctécédents : aucun

Tableau clinique :

Ictère datant de trois semaines, apparu progressivement, accompagné de prurit, d'asthénie, d'amaigrissement rapide, sans fièvre ; les urines sont foncées et les selles décolorées.

Il s'agit d'un ictère généralisé, continu ; on palpe un gros foie et une grosse vésicule.

Examens complémentaires :

- Biologiques :

Bilirubine totale : 160 mg/l. - directe : 130 mg/l.

- Radiographiques :

une radiographie sans préparation montre 2 calculs de l'aire vésiculaire.

- La scintigraphie hépatique : " hypofixation lobe droit ".

Diagnostic : lithiase cholédocienne vraisemblable.

.....
C R O 14/5/70 : Professeur GOYER.
.....

Grosse vésicule tendue, inflammatoire (biopsie). Il existe une zone dure, dans le pédicule hépatique, sans pouvoir préciser s'il s'agit de l'infundibulum ou de la jonction cystico-hépatico-cholédocienne. Dans le foie les métastases sont nombreuses dans les deux lobes (biopsie).

Cholangiographie transpariétéo-hépatique opacifiant bien la vésicule, mais partiellement le cholédoque : image de sténose incomplète sous la jonction cystico-hépatico-cholédocienne.

Cholécystotomie : ablation des calculs. Cholecysto-gastrostomie en espérant que le cystique est bien perméable.

Anatomo-Pathologie : métastase hépatique d'un adénocarcinome excréto-biliaire.

- Vésicule : plages fibreuses avec suffusions hémorragiques sans foyer tumoral.
- Foie : plusieurs foyers métastatiques formés d'éléments glandulaires variablement différenciés avec cellules cylindriques d'origine excréto-biliaire.

Suites opératoires : Décès le 3ème jour dans un tableau de coma hépatique.

	Observation n° 9
Mr B R O. ... 57 ans Ictère rétentionnel Cancer du hile, (canal hépatique gauche) Intervention curatrice. Survie de 8 mois.	1970

Adressé en Juin 1970, à la Clinique Chirurgicale A pour ictère rétentionnel.

Antécédents : aucun antécédent digestif.

Histoire clinique :

L'ictère est apparu deux semaines avant, accompagné de prurit, de selles décolorées, d'urines foncées, sans douleur ni fièvre. L'examen clinique ne trouve ni gros foie, ni grosse vésicule.

Examens biologiques :

Bilirubine totale : 213 mg/l. - directe : 190 mg/l.

Cholestérol 2,04 g/l.

Phosphatases alcalines : 6 U K A

Examens complémentaires :

- abdomen sans préparation : RIEN
- Transit gastro-duodénal : paraît normal.
- La cholangiographie transcutané-hépatique selon la technique de PRIOTON est tentée ; malgré plusieurs ponctions, l'aiguille n'a jamais ramené de bile.

Diagnostic envisagé : cirrhose cholestatique.

.....
C R O 7.7.70 : Professeur GUNTZ
.....

Foie brun, noir, un peu augmenté de volume, très dur. Dans le pédicule hépatique on prélève deux ganglions, l'un au bord externe du cholédoque, l'autre au pied de l'artère hépatique. Le cholédoque n'est pas dilaté. Dans le hile, un nodule de la taille d'un haricot masque la partie gauche de la division du pédicule glissonien.

Cholécystectomie.

Cholangiographie par le cystique : rétrécissement très important du canal hépatique droit, les voies biliaires intra-hépatiques droites sont peu dilatées ; on ne voit pas le canal hépatique gauche.

En injectant, sous pression, aidé du clampage manuel du bas cholédoque, on voit le canal hépatique gauche, très dilaté, de même que les voies biliaires sus-jacentes.

On pratique une cholédocotomie par laquelle on fait passer facilement une sonde n° 14 dans le canal hépatique droit. L'image de rétrécissement est donc en rapport avec la compression du canal droit par la tumeur du canal gauche.

On décide de faire une hémi hépatectomie gauche : dissection au ras du canal droit, la tumeur englobe le canal hépatique gauche ; scissurotomie médiane, ligature par voie intra-parenchymateuse de la branche gauche de la veine porte. En suivant le plan qui passe en avant du lobe coudé, on atteint la veine sus-hépatique qui est suturée. Le ligament suspenseur est solidarisé à la tranche de section. Un drain transcystique est laissé en place.

Anatomo-pathologie :

- pièce opératoire : adénocarcinome excréto-biliaire du canal hépatique gauche. Lumière collabée par la sclérose tumorale développée dans l'ambiance conjonctive du canal hépatique gauche sans que la paroi de celui-ci participe apparemment à la constitution de la tumeur. Infiltration massive des filets nerveux du hile.
- ganglions du pédicule hépatique : lymphadénite subaiguë non spécifique.

- Foie : cholostases très importantes avec sclérose inflammatoire évoluant vers la cirrhose biliaire.

Suites :

Elles sont assez simples ; l'ictère qui a légèrement rétrocedé persiste.

L'opéré sort 15 jours après l'intervention.

Il est revu à plusieurs reprises à l'occasion desquelles on constate :

- la bonne perméabilité de la voie biliaire droite grâce aux cholangiographies transcystiques ;
- la persistance de l'ictère associé à un état fébrile,
- que la bile obtenue par le drain, verte au début, est rapidement devenue blanche.

Le malade est hospitalisé à nouveau en février 1971 et décède au cours de poussées fébriles importantes.

Une nécropsie est demandée :

Conclusions du compte-rendu nécropsique :

- cirrhose nettement perceptible à la coupe du foie
- canaux biliaires très dilatés ; la voie biliaire droite et le cholédoque sont perméables sans extension tumorale.
- La bile intra-hépatique est d'aspect muqueux.
- on note quelques abcès angiocholitiques.

Observation n° 10
Mme R O N. ... 68 ans Ictère rétentionnel Cancer du pédicule Intervention palliative Décès au 26ème jour

Hospitalisée au septembre 1970 à la Clinique Chirurgicale A pour ictère rétentionnel.

Antécédents : aucun de marquant

Histoire clinique :

L'ictère est apparu en Juillet, sans fièvre, sans douleurs, sans prurit, très bien toléré pendant un mois.

Il s'agit d'un ictère intense avec décoloration des selles et urines très foncées, d'évolution continue.

L'examen ne trouve pas de gros foie, ni de grosse vésicule.

Examens biologiques :

cholestérol : 3 g./l.

Phosphatases alcalines : 44 U K A

Bilirubine totale : 210 mg/l. - directe 190 mg./l.

Examens complémentaires :

- Abdomen sans préparation : opacité à projection intra-hépatique, arrondie

cernée d'un fin liseré calcifié : vésicule porcelaine ou kyste hydatique
une I D R de Casoni est négative.

- Artériographie coeliaque : encorbellement péri-tumoral, atrophie du lobe droit du foie.
- Scintigraphie hépatique : lacune du foie droit.

Diagnostic : tumeur vésiculaire.

.....
C R O 11.9.70 : Professeur GUNTZ
.....

Le pédicule hépatique est complètement envahi et une forme qu'un gros bloc tumoral (biopsie du cholédoque). La vésicule est grosse, contenant des calculs et du pus.

Cholécystectomie. Le foie paraît indemne de métastases, et il est augmenté de volume.

La cholangiographie par voie hilare montre des voies biliaires gracieuses, interdisant toute anastomose bilio-digestive intra-hépatique.

Cholédotomie ; tentative infructueuse de forage de la tumeur.

On termine l'intervention par un drainage externe aspiré de petits canalicules sous glissoniens.

Anatomo-Pathologie :

Adénocarcinome cholédocien.

Cholécystite scléroatrophique avec extension carcinomateuse

Foie : Cholostase et cirrhose biliaire débutante.

Suites :

L'opérée est transférée dans le Service de réanimation Chirurgicale où elle décède au 26ème jour dans un tableau de troubles métaboliques consécutifs à une cholerragie intense, en anurie.

Observation n° 11	
Mme H O. ... 82 ans	1971
Ictère rétionnel.	
Cancer du Pédicule	
<u>Intervention curatrice</u>	
Bien portante 3 mois après	

Hospitalisée en Juin 1971 à la Clinique Chirurgicale A pour ictère rétionnel.

Antécédents : crises douloureuses de l'hypocondre droit depuis plusieurs années, mais dont l'ancienneté ne peut être précisée davantage.

Histoire clinique : L'ictère a commencé un mois auparavant, accompagné de quelques douleurs du flanc droit. Il est de type rétionnel avec des matières et des urines caractéristiques, un prurit discret, une douleur sous-costale droite peu intense, sans fièvre.

L'examen retrouve une masse sous-costale droite, sans préciser s'il s'agit d'un gros foie ou d'une grosse vésicule.

Examens biologiques :

Cholestérol : 4 g./l.

Bilirubine totale : 200 mg/l. - directe : 185 mg/l.

Diagnostic : Cancer des voies biliaires ou du pancréas.

.....
 C R O 5.7.71 : Professeur GUNTZ

Vésicule très épaisse, exclue, contenant un gros calcul. Le cystique est induré cette induration se prolonge sur le canal hépatique droit. Le cholédoque est normal, le canal hépatique est dilaté, le foie est un peu augmenté de volume, brun noir, les vaisseaux sous glissoniens sont très apparents. On a l'impression d'un cancer cystique propagé au canal hépatique droit. Cholangiographie transcholédocienne ; obstacle absolu au passage vers le bas ; les voies biliaires intra hépatiques sont dilatées.

Résection de la zone suspecte : le cholédoque est lié au ras du bord supérieur du pancréas ; en haut la section passe juste au-dessous de la convergence (biopsie de l'éperon.

Anastomose bilio-digestive au-dessous de la convergence sur une anse en Y à 60 cm.

Gastrostomie de décharge.

Drainage sous-hépatique.

Anatomo-Pathologie :

- région cystico-cholédocienne : adénocarcinome ; petites cavités glandulaires à cellules cylindriques dont la nature canalaire primitive peut être affirmée formellement.
- Eperon : pas d'envahissement.
- Vésicule : paroi infiltrée par l'adénocarcinome excréto-biliaire associé à des lésions de cholécystite chronique atrophique très marquée.

Suites opératoires :

Simple: l'ictère disparaît en 3 semaines ; l'opérée quitte le Service au 17ème jour pour un hôpital rural.

Le 2.10.71 : bien portante, l'ictère n'a pas reparu ; au début elle a eu des ennuis digestifs (vomissements à répétition) et une crise d'angiocholite. Il n'existe pas de signe clinique de récurrence, mais il persiste une anorexie.

	Observation n° 12
Mme P O. ... 74 ans	1971
Ictère rétionnel	
Cancer du pédicule	
Intervention palliative	
Décès au 18ème jour post-opératoire.	

Malade porteuse d'un ictère rétionnel; transférée de la Clinique Médicale A à la Clinique Chirurgicale A en Juillet 1971.

Antécédents : R. A. S.

Histoire clinique :

L'ictère est apparu 5 semaines avant, sans douleur avec fièvre à 38° et prurit. L'amaigrissement est important.

L'examen clinique trouve un gros foie et une grosse vésicule.

Examens biologiques :

Bilirubine totale : 230 mg/l. - directe 150 mg/l.

Phosphatases alcalines : 47 U K A

Taux de Prothrombine : 30 %.

Examens complémentaires :

Un transit oeso-gastro-duodénal montre une image de compression du bulbe (grosse vésicule ? ...) et un important reflux gastro-oesophabien.

Diagnostic : Cancer des voies biliaires.

.....
C R O 12.7.71 : Professeur GUNTZ
.....

Tumeur englobant le canal cystique, le canal hépatique commun et le canal hépatique droit ; métastases péritonéales multiples dans le mésentère ascite de moyenne abondance ; dans le lobe carré, il existe une métastase de la taille d'une mandarine.

Résection du bloc tumoral en respectant le canal hépatique droit ; exérèse des voies biliaires accessoire et pédiculaire.

Anastomose hépatico-duodénale sur tube perdu après décollement duodéno-pancréatique.

Anatomo-Pathologie : Epithélioma glandulaire des voies biliaires.

La pièce mesure 12 cm de long et présente une formation tumorale excen-trant la lumière, mesurant 2 cm de diamètre ;

- Histologie : cette tumeur naît de la muqueuse, apparaît constituée d'éléments glandulaires irréguliers, présentant par endroits un aspect muco sécrétant. Les éléments tumoraux dépassent la couche musculaire et envahissent la sous-séreuse. De petits ilôts tumoraux atteignent en particulier les lymphatiques péri-nerveux.

Suites : Décès au 18ème jour par cachexie progressive et troubles métaboliques

	Observation n° 13
Mme N A S. ... 57 ans	1971
Ictère rétionnel	
Cancer pédiculaire	
Laparotomie exploratrice	
Décès le 12ème jour post-opératoire	

Adressée à la Clinique Chirurgicale A en Juillet 1971 pour ictère rétionnel.

Antécédents : aucun évoquant une affection biliaire ou digestive.

Histoire clinique :

un mois et demi avant son admission, l'ictère s'est installé progressivement sans douleur, sans fièvre ni prurit. Les urines sont foncées et les selles décolorées.

L'examen clinique ne retrouve ni gros foie, ni grosse vésicule.

Examens biologiques :

Cholestérol : 7 g./l.

Bilirubine totale : 170 mg/l. - directe 150 mg/l.

Examens complémentaires :

La radiographie sans préparation ne montre pas d'image calculeuse de la région vésiculaire.

Diagnostic : ictère par rétention, peut-être par lithiase cholédocienne.

.....
C R O 19.7.71 : Professeur GUNTZ
.....

Ascite de moyenne abondance. La vésicule est scléro-atrophique ; il existe au niveau du hile un bloc tumoral se propageant au pédicule hépatique jusqu'au pancréas. On trouve des nodules métastatiques dans les deux lobes du foie (biopsie).

Ponction d'un canal biliaire par la fossette ombilicale et cholangiographie: dilatation générale des voies biliaires intra-hépatiques, sténose presque complète de la convergence ; il existe un petit passage opacifiant cholédoque et duodénum. Toute anastomose semble impossible en raison des conditions anatomiques.

Drain sous-hépatique par contre-incision et drain de paroi.

Anatomo-Pathologie :

- Foie : adénocarcinome métastatique. Epithélioma glandulaire cylindrique, tout à fait compatible avec une origine biliaire.

Suites : Décès au 12ème jour dans un tableau d'hématémèse et de cachexie.

Observation n° 14	
Mr F L A. ... 84 ans	1971
Ictère rétentionnel	
Cancer hilaire (canal hépatique droit)	
Décès pré-opératoire.	

Hospitalisé en Juillet 1971 à la clinique Médicale B pour : ... " ictère apparu 3 mois avant, accompagné de diarrhée et d'amaigrissement.

Antécédents :

Pleurésie d'origine indéterminée , remontant à de nombreuses années.
Aucun antécédent digestif.

Histoire clinique :

L'ictère s'est installé en 2 ou 3 jours, il est vite devenu intense, généralisé, avec prurit important, selles décolorées, urines foncées, sans fièvre. Au moment de l'examen, le prurit a disparu, l'ictère persiste, intense, accompagné de douleurs abdominales diffuses, de coliques ; la palpation ne trouve pas de gros foie, ni de grosse vésicule, mais l'hypocondre droit est sensible.

Examens biologiques

Bilirubine totale : 160 mg/l. - directe 150 mg/l.

Cholestérol : 4,7 g./l.

Phosphatases alcalines : 12 U K A

Taux de prothrombine : 56 %

Examens complémentaires :

- Radiologie : successivement sont faits :
 - . 1 lavement baryté : mais le malade est incontinent
 - . du transit gastro duodénal : compression extrinsèque de l'estomac par une volumineuse hépatomégalie vraisemblable.

- Une scintigraphie hépatique conclut à " un foie lacunaire ". --

Diagnostic : Ictère rétentionnel par compression de la voie biliaire principale d'origine néoplasique.

Le malade décède brutalement des suites d'un melaena, trois semaines après son arrivée. Une autopsie est demandée.

Compte-rendu nécropsique :

- Foie : 1360 g., aspect typique de cholestase extra-hépatique, volumineux et extrêmement vert.
- Voies biliaires - Vésicule :
 - La vésicule est dilatée et contient uniquement un produit de sécrétion muqueuse.
 - Le cholédoque est dilaté, sans sténose, sans lithiase.
 - La dissection et l'ouverture des canaux hépatiques montre l'existence d'un tout petit cancer du canal hépatique droit étendu sur 1 cm de long, comprimant le canal hépatique gauche. Les voies biliaires intra-hépatiques sont considérablement dilatées.
- un ulcère duodénal bulbaire perforé bouché à la face inférieure du lobe gauche du foie est noté.
- les autres viscères abdominaux paraissent sains.

Compte-rendu histologique :

- petit cancer du canal hépatique droit excréto-biliaire ; envahissement des plexus nerveux péri artériels hépatiques.
- fibrose hépatique d'origine cholestatique, sans cirrhose constituée.
- ulcère perforé bouché à la face inférieure du lobe gauche du foie.

CANCER DE LA
VESICULE BILIAIRE

I N T R O D U C T I O N - H I S T O R I Q U E

Connu bien avant le cancer de la voie biliaire principale, puisqu'en 1777, Maximilien de STOLL en rapportait deux observations, le cancer de la vésicule biliaire a fait poser dès 1849 avec RIPPAL, le problème qui soulève toujours de controverses, c'est à dire quel rapport y a-t-il entre le cancer de la vésicule et la lithiase vésiculaire.

A partir de 1949, on voit se multiplier les travaux et les thèses. ARMINSKI publie les résultats statistiques de 206 098 autopsies et de 46 840 interventions sur les voies biliaires, recueillies entre 1870 et 1940.

Toujours à l'étranger, OCHSNER (1956), CARRERA (1958) publient avec d'autres, des études sur les tumeurs bénignes de la vésicule susceptibles de dégénérer ; STERNBERG en 1959, réalise expérimentalement les cancers vésiculaires.

En FRANCE des travaux récents aident à mieux comprendre l'affection : ORCEL en 1958, Madame MARCHE et LAUMONIER (1963) étudient l'anatomo-pathologie, RENE en 1963, dans son rapport aux Journées françaises de gastro-entérologie, fait une synthèse des indications chirurgicales ; TETE en 1964 publie une thèse portant sur 45 cas.

Nous voudrions, à l'aide des publications et des 27 cas dont nous disposons revoir la question en essayant de mettre en valeur ce qui peut être fait à l'heure actuelle, ce qu'il y a de nouveau tant dans la recherche du diagnostic que dans le traitement.

M A T E R I E L d' E T U D E

Nous présentons 27 cancers de la vésicule biliaire ; les critères du diagnostic sont fondés sur l'histologie confirmant les constatations opératoires, ou révélant le cancer.

Il y eut 26 opérés :

- 21 fois le diagnostic a été établi au cours de l'intervention, ou fortement suspecté.
- 4 fois, c'est l'histologie de la vésicule qui a révélé le cancer.
- 1 fois le diagnostic avait été établi avant l'opération, mais la malade est décédée avant, et l'autopsie a confirmé le cancer vésiculaire.

27 examens histologiques ont été pratiqués, 24 de la vésicule et 3 de métastases seules.

C O N S I D E R A T I O N S G E N E R A L E S

I - F R E Q U E N C E

=====

Nous n'avons pas repris toutes les statistiques car de nombreux travaux ont été consacrés à ce sujet ; différents auteurs donnent des chiffres comparables et nous ne retiendrons que celle de ARMINSKI et celle de TETE.

Cancer vésiculaire rapporté à :	Cancers décelés à l'autopsie	Autres Cancers décelés à l'autopsie	Malades Hospitalisés	Intervention sur les voies biliaires	Cholé-cystectomies	Cancer de la Voie Biliaire Principale
ARMINSKI	0.43 %	4.53 %	0.13 %	1.22 %		
TETE	0.36 %	4.35 %	0,3 %	2.16 %	2.35 %	78 %

Figure IX

II - L' A G E

=====

Rare avant 50 ans, il existe une prédominance entre 60 et 80 ans (19 cas); les âges extrêmes que nous avons rencontrés sont 41 et 84 ans. L'âge moyen est 66,7 ans. Dans cette série il y a 3 hommes , âgés respectivement de 62, 68 et 71 ans.

Il faut remarquer que c'est au delà de 50 ans que l'on opère un plus grand nombre de lithiases vésiculaires, ce qui correspond à la période où l'on décèle le plus de cancers.

III - Le S E X E

=====

Il existe une écrasante majorité féminine : 88 %, comme dans toutes les autres statistiques (78 % : TETE), ce qui fait émettre à nouveau cet argument étiologique qui est la dégénérescence cancéreuse de la vésicule lithiasique.

IV - La LITHIASSE VESICULAIRE

=====

- A/ Antécédents cliniques et radiologiques

Nous avons retrouvé 9 fois des antécédents lithiasiques

cliniques certains, faits de coliques hépatiques, de crises douloureuses de l'hypocondre droit, soit 33 %.

Deux fois seulement, il y avait des images de calculs ou de vésicule porcelaine (traduction d'un cancer vésiculaire pour certains auteurs { POLK }) à la radiographie de l'abdomen sans préparation ; la cholécystographie orale a montré 14 fois une exclusion vésiculaire (52 %).

L'ancienneté des antécédents cliniques s'échelonne entre 1 et 40 ans pour nos 9 Malades.

- B/ Association lithiase - cancer certaine

La lithiase était certaine 17 fois, soit 63 % ; vérifiée à l'ouverture de la vésicule.

EN RESUME : un tiers de nos malades avait des antécédents cliniques 63 % avaient une lithiase vésiculaire découverte ou confirmée par l'intervention.

Dans la littérature, les chiffres moyens sont un peu plus élevés, respectivement 54,2 % et 78,2 % pour les antécédents et l'association calculo-cancer.

V - FREQUENCE de la DEGENERESCENCE =====

La majorité des auteurs français et étrangers donnent des chiffres allant de 2 à 5 %. ANDREW par exemple : 2,40 % , TETE donne 2,15 % où la lithiase vésiculaire est absolument certaine , avec des chiffres allant de 2,53 % à 3,65 % chez la femme et de 0,70 % chez l'homme.

VI - PATHOGENIE de la DEGENERESCENCE =====

Il n'y a encore à l'heure actuelle aucune preuve formelle du rôle de la lithiase.

De nombreuses constatations sont en faveur du rôle

cancérigène de la lithiase :

- la localisation du cancer sur le fond ou le collet vésiculaire en regard des calculs (théorie mécanique)
- des données expérimentales : chez l'animal, le cancer a pu être provoqué par l'introduction de corps étrangers. D'autres constatations font intervenir le rôle toxique de certaines substances chimiques. Le cancer vésiculaire a pu être provoqué chez l'animal par l'aminoozotoluène, le méthylcholantrène, l'aramite. Une publication cite le cas de 5 ours de Zoo de San Diego qui moururent tous d'un adénocarcinome de la vésicule, ou de la voie biliaire, suggérant le rôle possible de l'alimentation contenant une substance appelée " aflatoxin " suspecte de favoriser de tels néoplasmes.

Les tumeurs bénignes peuvent dégénérer, mais leur rôle paraît très discret, les adénomes et papillomes dégénérant dans 1 ou 2 % des cas (PHILIPPS trouve 1 dégénérescence sur 500 papillomes étudiés).

Nous retenons que la lithiase par sa fréquence est une étiologie valable pour la majorité des cancers, mais pas pour tous puisque dans 37 % des cas, elle n'a pas été retrouvée.

VII - C O N C L U S I O N :

=====

Le cancer vésiculaire primitif :

- ... est une affection féminine : 88 % dans notre série, 91 % pour TETE, 78 % dans la littérature.
- ... son âge de prédilection se situe entre 60 et 80 ans : 70 %
- ... est associé avec la lithiase vésiculaire dans 63 % des malades de notre série, avec des antécédents cliniques lithiasiques dans 33 % des cas.
- ... dans 37 %, il n'existait pas de lithiase associée, et l'on peut faire intervenir des phénomènes divers : troubles métaboliques locaux, stase biliaire, susceptibilité individuelle, alimentation

.....
 : ETUDE CLINIQUE :
 :

I - SYMPTÔMES

=====

- A) DOULEUR

Présente dans 70 % des cas, 6 fois on retrouve la notion de colique hépatique (22 %), 3 fois, un signe de Murphy, 14 fois des douleurs sous-costales droites, 1 fois épigastrique et 1 fois diffuse à tout l'abdomen.

Nous n'avons pas retrouvé de modifications qualitatives de la douleur remarquées par TETE dans 52,2 % de ses observations.

- B) FIEVRE

Retrouvée 12 fois (44 %) ; le plus souvent ne dépassant 38°5, avec de faibles oscillations. Elle semble être due soit à :

- .. l'infection lithiasique
- .. à la nécrose tumorale vésiculaire, ou à celle des métastases hépatiques
- .. l'angiocholite résultant de la stase dans une voie biliaire principale comprimée ou envahie.

- C) AMAIGRISSEMENT

Remarqué dans 33 % des nos observations, il ne paraît pas être un signe précoce ; son importance peut être considérable puisque 2 fois, il atteignait 10 kilogs.

- D) L' ICTERE : 10 cas = 37 %.

Il inaugurerait la maladie ; de type rétentionnel, évo-

quant un calcul cholédocien par l'existence de douleurs (4 fois) ou bien nu, d'installation progressive (6 fois), de diagnostic étiologique difficile.

Sa pathogénie est en rapport avec la compression ou l'envahissement de la Voie biliaire Principale, par le cancer ou l'adénopathie satellite.

Dans les cas où il s'agissait d'extension ou de métastases hépatiques, l'ictère est habituellement terminal.

- E) La RECHERCHE d'une TUMEUR VESICULAIRE a été positive 7 fois (26 %), il existait une défense dans 3 observations.

II - FORMES CLINIQUES : Elles sont nombreuses et nous ===== distinguerons :

. A/ à type de cholécystite aiguë ou chronique

Nous en avons 13 cas, soit 48 %. Les seuls arguments pouvant évoquer le diagnostic pré-opératoire sont l'amaigrissement important lorsqu'il existe, la douleur modifiée, la fièvre résistant au traitement antibiotique.

. B/ tumorales : 7 cas soit 26 %

Parmi celles-ci nous distinguerons plusieurs aspects ayant un intérêt laparoscopique :

- 1 - la tumeur vésiculaire pour laquelle il faut éliminer un cancer adjacent (pylore - colon - rein) et rechercher une lithiase.
- 2 - La tumeur hépatique : elle pose le difficile problème de la localisation initiale et entraîne à un bilan radiologique complet.
- 3 - La tumeur hépato-vésiculaire où la vésicule et son lit hépatique ne sont plus qu'une masse néoplasique, qui après un bilan complet, fait envisager la possibilité d'une hépatectomie.

. C/ les formes ictériques : 37 %

Il s'agit habituellement d'un ictère rétionnel. (10 cas)

- d'installation progressive . On s'attachera à la recherche d'un amaigrissement, d'une masse sous-costale droite.

Cet ictère peut se présenter sous divers aspects :

- passager, de type cholédocien, et le diagnostic étiologique est très difficile.
- sans douleur, sans fièvre, avec un amaigrissement important, il fait préjuger d'une origine pancréatique.

Il faut rappeler que le diagnostic étiologique sur la seule clinique d'un ictère rétentionnel peut aboutir à des erreurs.

. D/ Formes à symptomatologie digestive sténosante

Le tableau clinique est celui d'une occlusion ou d'une sub-occlusion ; le transit gastro-duodénal montre une sténose pylorique, parfois d'allure cancéreuse, d'autres fois une sténose bulbaire ou post-bulbaire qui doit faire penser à une compression extrinsèque, en particulier vésiculaire. Il en est de même pour les formes où le lavement baryté montre un défilé, une amputation de la partie droite du colon transverse.

En l'absence d'une lithiase vésiculaire patente, le diagnostic de cancer vésiculaire est le plus souvent une découverte opératoire.

. E/ Formes compliquées

Elles semblent assez rares, mais certaines ont été décrites dans la littérature et nous avons eu l'occasion d'en voir 2 cas.

1. - La perforation de la vésicule néoplasique entraîne une péritonite biliaire.
2. - les hémorragies dont les mécanismes sont au nombre de deux :
 - a) l'ulcération vasculaire par le cancer vésiculaire, (1 observation de MORICE et BEZARD) , de l'artère cystique ou bien d'un élément vasculaire du pédicule (veine porte -

artère hépatique ou une de ses branches).

- b) l'hypertension portale par compression, envahissement du pédicule, ou thrombose portale conséquence possible des phénomènes précédents.

Ces hémorragies peuvent se manifester sous plusieurs aspects :

- a) celui d'une hémorragie digestive, hématomèse ou melaena, traduisant indirectement l'hémobilie, et l'artériographie présente alors un intérêt manifeste dans l'approche diagnostique. Si la cause est l'hypertension portale, la splénoportographie peut être utile pour situer l'obstacle.
- b) celui d'un hémopéritoine et l'artériographie trouve sa place dans la mesure où l'intervention n'est pas une première urgence.

3. - Les fistules biliaires parmi lesquelles nous distinguerons :

... a) les fistules biliaires internes, dont nous n'avons pas retrouvé trace dans la littérature.

... b) les fistules cholécysto-digestives parmi lesquelles nous avons observé :

- 1 fistule cholécysto-gastrique (Obs. n° 8) retrouvée à l'intervention.
- 1 fistule cholécysto-colique (Obs. n° 14), un lavement baryté ne l'objectivait pas.
- nous n'avons pas observé de fistule cholécysto-jéjunale.

Là encore, des hémorragies sont possibles (DETRIE et Coll.). La recherche d'une aéro-bilie à l'abdomen sans préparation, d'un reflux lors des examens barytés, prend une valeur particulière.

. F/ Formes métastatiques

Nous n'avons pas observé de métastases révélatrices, mais il a été décrit, dans un ordre de fréquence décroissante, des formes hépatiques, péritonéales avec ascite, pulmonaires, et ensuite des formes très rares pouvant intéresser tous les organes (cerveau - mésentère - ombilic - rate - pancréas - rectum, rein - surrénales - sein - thyroïde - organes génitaux).

Observations	TABLEAU CLINIQUE de départ	Douleur	Fièvre	Amalgissement	Ictère	Douleur + Ictère	Masse abdominale	Radiographie		DIAGNOSTIC pré-opératoire
								sans préparation	cholécysto-orale	
1	Cholécystite subaiguë	+			0	0			+	cholécystite subaiguë
2	Ictère rétionnel	+	+	++	+	+				Lithiase du cholédoque
3	Cholécystite subaiguë	+	+		0	0			+	Cholécystite subaiguë
4	Cholécystite subaiguë	+ s. de Murphy	+	+++ 10 kg	0	0			+	Cholécystite aiguë
5	Occlusion intestinale	+ diffuse	0		0	0	épigastrique			Occlusion intestinale
6	Cholécystite chronique	+	0		0	0			+	Cholécystite subaiguë
7	Cholécystite subaiguë	+	+		0	0			+	Cholécystite subaiguë
8	Cholécystite chronique	0	0	+++ 10 Kg	0	0	épigastrique		+	Tumeur épigastrique
9	Ictère rétionnel	0	+		+ variable	0				Ictère par obstruction et compression
10	Cholécystite aiguë	+	+		0	0				Cholécystite aiguë
11	Ictère rétionnel	0	0		+	0	gros foie dur			Lithiase du cholédoque
12	Ictère rétionnel	0	+		+	0	foie lisse palpable			Lithiase du cholédoque
13	Pancréatite aiguë	+	+	++ 8 Kg	0	0			+	Pancréatite aiguë due à une lithiase biliaire
14	Cholécystite aiguë	+	+	++ 8 Kg	0	0	sous costale D			Cholécystite aiguë
15	Ictère rétionnel				+			bile calcique calculs	0	Lithiase du cholédoque
16	Cholécystite aiguë	+	+		0	0	sous costale D		+	Hydrocholécyste
17	Coliques hépatiques	+ col. hépat.		++ 5 kg	+ fugace	+	sous costale D		+	Lithiase vésiculaire et du cholédoque
18	Ictère rétionnel	+			+	+	Gros foie grosse vésic.			Lithiase du cholédoque ou cholastase intra-hépatique
19	Troubles digestifs chez une mongolienne	+ épigas.		++ 5 kg	0	0	Fosse iliaque G			Sténose pylorique
20	Cholécystite aiguë	+ s. de Murphy	+		0	0			+	Cholécystite aiguë
21	Ictère rétionnel	0	0		+	0	sous-costale D			Lithiase du cholédoque ou néoplasme
22	Ictère rétionnel	0	0	+	+		sous-costale D	0	+	Tumeur hépatique ou vésiculaire
23	Ictère rétionnel	0	0		+	0				Cancer de la tête du pancréas
24	Cholécystite chronique	+	0	+	0	0			+	Cholécystite chronique lithiasique
25	Ictère rétionnel	+	0		+	+		Calculs vésic.		Lithiase du cholédoque
26	Cholécystite aiguë	+	+	++	0	0	sous-costale D		+	Cancer des voies biliaires
27	Cholécystite chronique	+ s. de Murphy	+		0	0				Cholécystite aiguë

Figure 10 : RESUME des PRINCIPAUX SIGNES CLINIQUES

D I A G N O S T I C

I - ARGUMENTS CLINIQUES de PRESOMPTION

=====

- Femme de la soixantaine, ayant des antécédents ou porteuse d'une lithiase vésiculaire.
- Coexistence d'un amaigrissement récent ou rapide.
- Modification des symptômes habituels : douleur ayant tendance à devenir permanente , fièvre non modifiée par le traitement.
- perception d'une masse vésiculaire dure et fixée.
- enfin, l'apparition d'un ictère rétionnel.

II - EXAMENS COMPLEMENTAIRES

=====

A/ SANGUINS

- . la V.S. est augmentée dans une proportion de 88 % des cas, mais pas de spécificité.
- . la N.G.F.S. peut montrer une anémie modérée, avec polynucléose.
- . le médullogramme, pratiqué par certains, peut montrer un envahissement médullaire, ou une moelle imitative paranéoplasique.

B/ TUBAGE DUODENAL : Des frottis sont réalisés sur les sédiments de l'aspiration et un examen cytologique est pratiqué.

LEMAN et BYRNES de Boston ont trouvé 11 fois sur 16 des cellules néoplasiques. Il ne semble pas que cet examen puisse préciser la localisation de la lésion.
Nous ne l'avons jamais utilisé.

C/ La PONCTION BIOPSIE HEPATIQUE peut faire la preuve de l'en-
vahissement hépatique, du type
histologique, à condition d'avoir la chance de prélever au bon endroit. Elle fait courir certains risques au malade et nous préférons la pratiquer pendant l'intervention si elle s'avère nécessaire.

D/ Les EXAMENS RADIOLOGIQUES

- (1) sans préparation : peuvent déceler des calculs dans l'aire vésiculaire, une vésicule porcelaine, comme ce fut le cas dans 2 observations. Ils peuvent aussi mettre en évidence une masse sous-hépatique en continuité avec le bord inférieur du foie correspondant à la vésicule tumorale.
- (2) la cholécystographie orale montre habituellement une exclusion vésiculaire (14 fois = 51 %), parfois des calculs, exceptionnellement une image directe de cancer (lacune) qu'il faut rechercher avec soin.
- (3) la cholangiographie IV peut être justifiée dans le cas d'exclusion vésiculaire pour contrôler la nature fonctionnelle de cette exclusion.
- (4) le transit gastroduodénal et le lavement baryté peuvent aider à dépister les formes trompeuses digestives en montrant :
 - pour le T G D : une déformation, une sténose ± complète de la région pyloro-duodénale.
 - pour le lavement baryté, un abaissement de l'angle droit, une empreinte ou une sténose, voire un reflux dans les voies biliaires.
- (5) L'artériographie sélective coeliaque ou mésentérique supérieure,

selon les variations d'origine de la branche droite de l'artère hépatique semble apporter pour certains auteurs des précisions suffisantes pour porter le diagnostic de cancer vésiculaire. Un travail important a été fait en 1969 par des auteurs japonais à propos de 317 observations d'affections de la vésicule biliaire, 15 fois sur 16 malades porteurs d'un cancer de la vésicule, ils ont pu porter le diagnostic pré-opératoire s'appuyant sur les signes artériographiques suivants :

- . augmentation de la surface de distribution artérielle de l'aire vésiculaire.
- . irrégularités de calibre de l'artère cystique qui est sinueuse.

Pour HEPP et Collaborateurs, il existe des signes artériographiques :

- amputation des branches de l'artère cystique dont seule la partie initiale est vue, mais cette image se rencontrerait dans les cholécystites chroniques selon les Japonais.
- aire vésiculaire hétérogène, de faible tonalité, alors que les Japonais trouvent une augmentation de densité, une surface de distribution augmentée. Au temps parenchymateux, elle peut montrer des métastases, se traduisant par une zone dense si elles sont hypervascularisées, ou au contraire par une lacune.

Elle présente un intérêt supplémentaire au cours d'une hémobilie et permet le diagnostic lésionnel, topographique, éventuellement étiologique.

Nous avons eu l'occasion de vérifier sur une pièce nécropsique de cancer vésiculaire traité par la méthode d'injection-corrosion, l'existence d'une hypervascularisation dans le territoire de l'artère cystique.

L'artériographie est un examen utile, mais non indispensable à l'établissement du diagnostic.

(6) La splénoportographie transpariétale dépiste une hypertension portale, par compression ou envahissement pédiculaire, ou bien

par thrombose portale.

Son temps hépatographique peut mettre en évidence un envahissement hépatique par contiguité se traduisant par une lacune supra-vésiculaire.

L'hépatographie permet le dépistage de lésions centrales souvent invisibles par d'autres méthodes (scintigraphie - artériographie sélective).

E/ La SCINTIGRAPHIE HEPATIQUE aide de façon indirecte, dans la démarche diagnostique , et dans les prévisions thérapeutiques.

Si le lit vésiculaire est envahi, l'encoche habituelle devient une véritable lacune ; des métastases dans les deux lobes, traduites par de multiples lacunes, peuvent contre-indiquer l'intervention, une métastase unique peut faire prévoir une hépatectomie.

C'est un examen à pratiquer en raison de son innocuité, ayant un double intérêt :

- diagnostic quant à la nature d'une lésion vésiculaire.
- pronostic influençant la conduite thérapeutique.

F/ La LAPAROSCOPIE :

Elle semble pouvoir affirmer le diagnostic dans une proportion de $\frac{1}{4}$ à $\frac{1}{3}$ des cas. Mais pour cela il faut avoir la chance de voir la vésicule, et dans ce cas que sa paroi soit bourgeonnante, manifestement cancéreuse. Elle permet d'observer le foie et la diffusion métastatique.

Grace à elle, il est donc possible de préciser :

- l'origine néoplasique à l'aide de la biopsie dirigée.
- l'état du foie, du hile, l'importance de la rétention, l'existence de métastases.

Elle a été pratiquée une fois dans nos observations ; la vésicule n'a pas été vue, mais des métastases hépatiques ont été notées, faisant avec le contexte porter le diagnostic de néoplasme probable des voies biliaires.

TETE, sur 11 laparoscopies obtient 4 diagnostics certains. Cet examen est utile, tant sur le plan diagnostique que pronostique, mais sa négativité ne permet pas d'écarter le diagnostic.

Nous citerons un examen qui semble pouvoir apporter une aide, particulièrement en cas d'ictère rétionnel, la tomo échographie vésiculaire, dont nous n'avons aucune expérience personnelle.

L e T R A I T E M E N T

I - Les METHODES de TRAITEMENT

Parmi celles-ci, seul le traitement chirurgical semble sinon guérir, du moins faire espérer une survie appréciable.

(A) TRAITEMENT CHIRURGICAL

1 . à visée curatrice : il s'agit des exérèses, parmi lesquelles nous distinguerons :

..... a la cholécystectomie simple, qui laisse un lit vésiculaire envahi presque toujours ; cette opération au vu de la littérature est pratiquée le plus souvent pour lithiase et le cancer reste ignoré jusqu'au résultat de l'anatomo-pathologie.

..... b L'exérèse en monobloc de la vésicule et d'une partie du parenchyme hépatique ; selon l'importance de l'hépatectomie, les interventions pratiquées ou possibles sont les suivantes :

- α) - hépatectomie cunéiforme : atypique, de nécessité, faite à la demande , dont l'indication semble devoir être limitée : source d'hémorragies graves, de fistules biliaires. Quand le cancer vésiculaire est assez limité, qu'il n'intéresse pas la V.B.P., qu'il n'existe pas d'extension ni de métastase hépatique, une telle intervention peut être justifiée. Un drainage externe de la voie biliaire principale lui est habituellement associé.
- β) - la résection du foie antérieur (COUINAUD), respecte les segments postérieurs rarement envahis et ne comporte que l'ablation

du parenchyme situé en avant d'un plan frontal passant par le hile, donc l'exérèse du lobe carré.

- γ) - BOURGEON en 1955, améliorait la technique précédente par élargissement de la voie scissurale médiane de COUINAUD ; cette manœuvre expose la face antérieure et supérieure du hile du foie en réséquant son couvercle parenchymateux et permet l'ablation de toute la plaque vésiculaire envahie et le curage ganglionnaire à la fois intra-hépatique et pédiculaire.
- δ) - La lobectomie médiane subtotale ou totale (Technique de BOURGEON et GUNTZ) se propose d'enlever le secteur paramédian droit et la partie antérieure ou la totalité du secteur paramédian gauche. L'exérèse est importante et paraît suffisante en cas d'envahissement du lit hépatique et de métastases de la région médiane. Ses indications sont cependant assez rares puisque des métastases aux autres segments du foie contraindiquent cette technique.
- ε) - L'Hémihépatectomie droite élargie au secteur paramédian gauche a été proposée et réalisée par certains auteurs. Elle peut être faite selon plusieurs méthodes ; mais de toutes façons elle enlève plus de la moitié du foie, ne conservant que le secteur latéral gauche ; c'est une intervention située à la limite des possibilités chirurgicales, surtout du fait de l'altération du foie restant sur lequel est fondé tout l'espoir de régénération.

PACK et BRASFIELD pratiquent l'exérèse par abord premier du hile en terminant par les veines sus-hépatiques. BOURGEON fait un abord transparenchymateux premier du pédicule sus-hépatique et termine par la ligature du pédicule glissonien ; elle tient compte des règles carcinologiques générales.

L'hémihépatectomie demande un abord large par thoracophrénotomies et semble hors de portée avec les lésions, surtout si le malade est âgé, ou si son état général est altéré.

... c. Le curage ganglionnaire pédiculaire et rétropancréatique est commun à toutes ces techniques.

Il comporte la dissection et l'exérèse de tous les ganglions et des tissus cellulo-lymphatiques qui siègent le long du lobe droit du pédicule hépatique ; cette exérèse va de la région hilare à la face postérieure du pancréas, dégagée par un large décollement duodénopancréatique.

Les ganglions siégeant le long de l'artère hépatique doivent également être enlevés, après avoir découvert l'artère.

2 . à visée palliative : devant l'existence d'un ictère par obstruction ou compression néoplasique chez un malade dont le cancer vésiculaire est inextirpable par suite d'une extension loco-régionale importante ou de métastases, seule reste possible la dérivation biliaire, pour faire diminuer ou disparaître l'ictère, le prurit, améliorer l'état général.

Nous avons déjà envisagé les dérivations biliaires réalisées habituellement au chapitre du traitement des cancers de la V. B. P.

3 . Traitement combiné ou mixte, utilisé par certains auteurs :

- a) radio-chirurgical : employé par SOLE ; il consiste à implanter des aiguilles de radium dans la vésicule tumorale.
- b) l'Infusion intra-artérielle d'antimitotiques a été employée comme traitement adjuvant pour métastases hépatiques

4 . Le traitement prophylactique : consiste à proposer la cholécystectomie chez tous les porteurs d'une lithiase vésiculaire. Sans qu'elle soit systématique car il semble difficile de faire subir une cholécystographie à toute la population âgée de plus de 50 ans, elle peut être indiquée chez tous les li-

thiasiques reconnus à la suite d'accidents ou de complications de la lithiase. La mortalité y est faible, et l'indication de la cholécystectomie peut être large.

(B) TRAITEMENT MEDICAL

Illusoire au vu de la littérature, son rôle est adjuvant, symptomatique. Il comprend les antibiotiques, les antimitotiques, les antalgiques, la corticothérapie.

II - POSSIBILITES CHIRURGICALES

Sur nos 27 malades, nous avons :

1 décès pré-opératoire

26 interventions :

(A) - LAPAROTOMIES EXPLORATRICES 4

Toute exérèse était impossible, à cause de l'extension régionale ou de la diffusion métastatique.

(B) - Les CHOLECYSTECTOMIES SIMPLES 5

1 - simples = 4 où la cholécystectomie a semblé être assez facile, le diagnostic exact pas toujours évident à l'intervention et où il n'existait pas de métastases macroscopiques.

2 - associées à un drainage biliaire externe = 6 . Ces drainages de Kehr (5 fois), transcystiques (1 fois) ont été pratiqués devant l'existence de calculs de la V.B.P. (3 fois) ou à titre de sécurité en présence d'un ictère rétentionnel associé (1 fois), sans lithiase de la V.B.P., d'un risque post-opératoire d'ictère mécanique par oedème (2 fois).

3 - *associée à un drainage externe transcystique, et un drain de Kehr cholédocien trans oddien* = 1 . La compression de la V.B.P. siègeait sous la jonction cystico-cholédocienne, chez un malade ictérique, ce qui explique ce geste.

4 - *associée à une gastrectomie partielle et à une gastro entéro anastomose* = 1 . Il existait une fistule cholécysto-gastrique.
(Obs. n° 8).

5 - *avec anastomose bilio-digestive* = 4. 3 fois, il s'agissait d'une compression néoplasique et 1 fois d'un empierrement cholédocien.

(C) - CHOLECYSTECTOMIE ELARGIE 1

Le lit vésiculaire était macroscopiquement envahi , le malade était âgé de 78 ans, et c'est sans doute ce fait, ajouté à un état général altéré (amaigrissement de 8 kgs) qui a limité l'hépatectomie.

(D) - CHIRURGIE PALLIATIVE 5

- anastomose hépatico-jéjunale sur anse en Y = 1 ; il s'agissait d'un gros bloc hépatovésiculaire comprimant la V.B.P., entraînant un ictère rétionnel. Une cholécystostomie lui a été associée.
- cholécystostomie simple = 4. Tous ces malades avaient des métastases dans les deux lobes hépatiques, une extension locale très grande, interdisant toute anastomose, ou bien le risque était trop élevé.

La cholécystectomie a été possible 16 fois, soit 60,8 %, mais nous constatons grâce à la durée de la survie, que ce ne furent pas des cholécystectomies à visée curatrice, mais plutôt palliatives.

Une fois nous lui avons associé une hépatectomie cunéiforme , nous n'avons jamais pratiqué à cette occasion d'hépatec-

tomie plus large.

Chez 5 malades un geste palliatif a été fait = 19 %.

Dans la littérature, des chiffres variables selon les auteurs sont retrouvés, ainsi :

laparotomie exploratrice de 25 à 85 %

exérèses : dépassent rarement 35 %

chirurgie palliative de 15 à 55 %.

Les RÉSULTATS

Sur 27 malades, 26 ont été opérés, une est perdue de vue.

I - Le malade non opéré est décédé d'une embolie pulmonaire 5 jours après son hospitalisation.

II - Parmi les 25 opérés dont l'évolution est connue :

- . A - 10 sont décédés dans le premier mois, soit 40 %. Les causes des décès sont le plus souvent une cachexie progressive, une insuffisance hépatique aiguë, parfois des hémorragies digestives, une embolie pulmonaire.
- . B - 2 sont décédés avant la fin du 2ème mois, (8 %), l'une a été perdue de vue entre temps ; une altération progressive de l'état général avec cachexie terminale est la cause du décès de l'autre malade.
- . C - 6 ont survécu de 2 à 6 mois (24 %), le décès était vraisemblablement dû à une extension ou des métastases.
- . D - 5 ont survécu de 6 mois à UN an (20 %) ; les causes de ces décès sont l'apparition d'un ictère rétionnel (2 fois), une diffusion métastatique (2 fois), une cachexie progressive associée à des troubles de la coagulation (1 fois). Il y a un malade bien portant au 17 Juin 1971, ayant repris du poids, ne présentant aucun signe de récurrence.

- . E - 2 malades ont survécu plus de UN an ; la première a vécu 28 mois dont 20 ont été satisfaisants , les 8 derniers mois marqués par l'installation de métastases hépatiques entraînant le décès. L'autre est vivante 15 mois après l'intervention ; au 28 Septembre 1971, elle ne présente pas de signe de récurrence, mais signale quelques troubles dyspeptiques postprandiaux.

III - Conclusion

Nous ne pouvons que répéter les constatations des autres auteurs (voir tableau).

92 % de nos malades sont morts dans l'année suivant l'intervention; en confrontant ces malades avec les données de l'anatomo-pathologie macroscopique per opératoire , et microscopique, nous voyons qu'il s'agissait d'un cancer vésiculaire diffus (19 fois), avec ou sans métastases, ou si le cancer était localisé (4 fois) il existait une infiltration du pédicule, des ganglions durs, des métastases hépatiques.

8 % ont survécu plus de UN an, un est vivant à 15 mois ; dans ces deux observations le cancer vésiculaire est localisé, sans métastase, des ganglions durs sont palpés dans l'observation 16. Il en est de même pour la malade survivante à 8 mois.

Ce sont donc de petits cancers occultes, sans extension ni métastases, opérés pour lithiase vésiculaire où la tumeur est découverte fortuitement à l'ouverture de la pièce ou à l'examen histologique qui ont la plus longue espérance de survie.

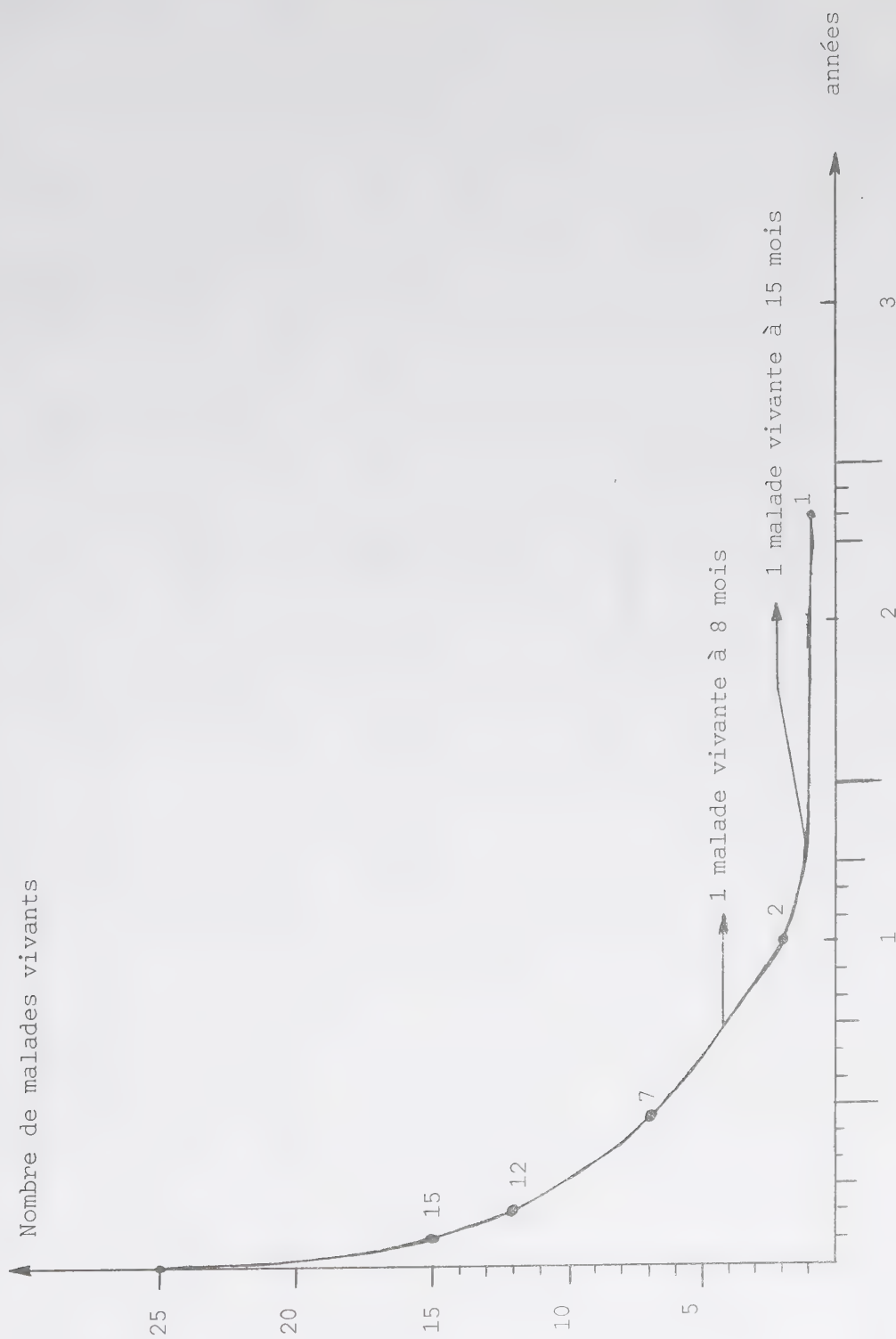
Ces constatations sont bien un argument de poids pour plaider la cholécystectomie chez tous les patients d'une vésicule lithiasique reconnue.

RESULTATS de nos 25 MALADES OPERES

SURVIE	Nombre de Malades	Pourcentage	
< 1 mois	10	40 %	18 décès dans les 6 mois = 72 %
de 1 à 2 mois	2	8 %	
de 2 mois à 6 mois	6	24 %	
de 6 mois à 1 an	5	20 %	<u>Obs. n° 27</u> : Malade vivante à 8 mois
> 1 an	2	8 %	<u>Obs. n° 16</u> : décès à 28 mois <u>Obs. n° 24</u> : vivante à 15 mois
TOTAL	25		

Figure 11

Figure 12



COURBE de MORTALITE de nos 25 Opérés

Figure 13 : QUELQUES RESULTATS TIRES de la LITTERATURE

A U T E U R S	Nombre d'opérés	S U R V I E		CONSTATATIONS ANATOMO-PATHOLOGIQUES	SURVIE de 6 mois à 1 an
		≤ 6 mois	> 1 an		
GLENN et HAYS	19	15	4 2 de 4 ans 1/2 1 de 7 ans 1/2	K in situ ou petit K localisé	0
UNION MEDICALE du CANADA	45	?	5 survies de longue durée (2 à 3 ans, 5 ans, 9 ans, 11 ans)	petit K localisé	?
TETE	19	18	0	?	1
DEBRAY-HARDOUIN	52	35 environ	6 = 1 à 15 mois 3 à 3 ans 1 à 4 ans 1 à 4 ans 1/2	K peu étendus peu ou pas infiltrants, diagnostiqués à l'ana- tomo-pathologie	11
SOLAN-JACKSON	44		6 = 5 à 18 mois max. 1 vivant à 3 ans	petit K localisé	38 dans l'année suivant l'opé- ration
DIAZ-SALVADO-INFANTE	26	19	7 = 4 de 1 à 2 ans 1 de 2 à 3 ans 2 de 3 à 4 ans	?	0
ROBERTSON et Coll.	52	39	4 = dont 1 vivant à 44 mois	?	?
OBSERVATION PERSONNELLE	25	18	2 = 1 + à 28 mois 1 vivante à 15 mois	petit cancer localisé sans extension	5 dont 1 vi- vante à 8 mois

C O N C L U S I O N

Le cancer vésiculaire est donc une affection redoutable, mortelle à 92 % dans l'année suivant l'intervention.

Le diagnostic clinique est en règle impossible , mais il ne faut pas laisser de côté les arguments évocateurs : femme de la soixantaine, avec des antécédents à lithiase vésiculaire, dont les symptômes se sont parfois modifiés depuis peu, chez laquelle un amaigrissement important peut être noté.

L'apport des examens complémentaires est habituellement pauvre ; parmi ceux-ci nous signalerons l'intérêt :

- du transit gastro duodénal et du lavement baryté, surtout dans les formes trompeuses ou avec fistule cholécysto digestive.
- de l'artériographie coeliaque qui, pour certains auteurs, a permis le diagnostic pré opératoire 15 fois sur 16 (SATO et collaborateurs) renseigne non seulement sur la localisation et l'extension de la tumeur, mais aussi sur le type d'envahissement pourvu que celle-ci ait atteint une certaine taille. C'est sans doute un examen pratique lorsque le diagnostic est hésitant et que l'état et l'âge du malade le permettent.
- la splénoportographie peut révéler des anomalies des branches intra-hépatiques péri-tumorales, une hypertension portale par compression ou thrombose, une métastase hépatique.
- La laparoscopie a permis à certains auteurs de porter le diagnostic ; son intérêt est aussi pronostique en montrant des métastases.

Le plus souvent le diagnostic est une découverte opératoire ou d'anatomo-pathologie. Souvent le cancer est évolué, interdisant tout geste curatif, le pronostic en est très sombre : 92 % de nos malades sont morts dans l'année suivant l'intervention. La seule chance de survie est de rencontrer un petit cancer occulte, localisé, dont l'exérèse est dictée par la lithiase vésiculaire ; ce n'est pas souvent le cas, mais ce sont les seuls malades qui curvivent au delà de UN an et pour lesquels on a observé des "guérisons".

Devant ces difficultés diagnostiques, il nous semble logique de proposer, avec de nombreux auteurs, la cholécystectomie chez tous les lithiasiques reconnus, ne serait-ce que pour éviter les complications de la lithiase vésiculaire. L'exérèse élargie par résection cunéiforme du foie antérieur, ou l'hépatectomie droite élargie typique est rarement réalisable en raison de la diffusion du cancer au pédicule hépatique, aux organes voisins, au péritoine, ou à la glande hépatique sous forme de métastases disséminées.

O B S E R V A T I O N S

Observation n° 1

Mme M O R. ... 58 ans

1960

Diagnostic pré-opératoire : cholécystite subaiguë

Diagnostic rectifié : cancer vésiculaire diffus.

Intervention : cholécystectomie simple.

SURVIE : 6 mois 1/2

Hospitalisée à la Clinique St Louis en Mars 1960, pour cholécystite subaiguë.

Antécédents : coliques hépatiques isolées, depuis 1 an.

Tableau clinique : depuis quelques jours une crise douloureuse de l'hypocondre droit est survenue. L'examen clinique est pauvre en dehors d'une discrète sensibilité sous costale droite.

Examens complémentaires :

Cholecystographie orale : exclusion vésiculaire

Diagnostic : cholécystite subaiguë lithiasique.

.....
C R O 29.3.60 : Professeur ROGNON
.....

Vésicule assez grosse, épaisse et tendue, à col induré. Le pédicule hépatique est infiltré dans sa totalité.

Cholécystectomie antérograde.

Cholangiographie transcholédocienne montrant une V.B.P. normale.

Anatomo-Pathologie : épithélioma vésiculaire

Suites : satisfaisantes, sort au 12ème jour

Evolution : Six mois plus tard survient un ictère rétentionnel entraînant un drainage intra-hépatique sur drain tuteur.

Décès au 10ème jour post opératoire.

	Observation n° 2
Mme L U C. ... 74 ans	1961
Diagnostic pré-opératoire : lithiasse du cholédoque	
Diagnostic rectifié : cancer vésiculaire diffus avec extension	
Intervention : Cholécystectomie simple.	
SURVIE : 21 jours	

Adressée en août 1961 à la Clinique St Louis pour ictère rétentionnel d'origine lithiasique.

Antécédents : depuis 7 ans, il existe des crises de coliques hépatiques survenant plusieurs fois par an.

Histoire clinique : l'ictère est apparu quelques jours avant, accompagné de douleurs sous costales droites et de fièvre. Un amaigrissement important est noté : les urines sont foncées, les selles décolorées.

Diagnostic : lithiasse du cholédoque.

.....
C R O 7.8.61 : Professeur PILLET
.....

Vésicule inflammatoire et tumorale noyée dans un bloc extrêmement dur.

Cholécystectomie partielle. Cholécystostomie.

Anastomose hépatico-jéjunale sur anse en Y.

Anatomo-Pathologie : épithélioma métaplasique épidermoïde de la vésicule.

Suites : décès au 21e jour post-opératoire dans un tableau progressif de cachexies et de troubles métaboliques.

	Observation n° 3
M. A U B. ... 71 ans	1961
Diagnostic pré-opératoire : cholécystite subaiguë	
Diagnostic rectifié : cancer vésiculaire diffus avec extension	
Intervention : cholécystectomie simple. Choledocotomie, duodénotomie pour calcul du bas cholédoque. Drain de Kehr.	
SURVIE : 16 jours	

Adressé à la Clinique St Louis en septembre 1961 pour cholécystite subaiguë.

Antécédents : épisode ictérique 11 ans auparavant.

En juin 1961 : angiocholite - 1 crise avec ictère fugace, fièvre oscillante.

Histoire clinique : Pas d'ictère ni de subictère, la fièvre est oscillante, et la région sous costale droite est sensible sans défense.

Examens complémentaires : cholécystographie orale : vésicule exclue.

Diagnostic : cholécystite lithiasique subaiguë.

.....
C R O 14.9.61 :
.....

Professeur ROGNON

Enorme vésicule dure, enchassée dans le foie, pleine de calculs et d'un magma tumoral.

Cholécystectomie d'avant en arrière.

Cholangiographie par le cystique : énorme cholédoque avec un calcul de l'extrémité inférieure, mais bons passages dans le duodénum.

Cholédotomie : issue de bile purulente ; on ne peut extraire le calcul.

Duodénotomie : très longue sphinctérotomie permettant cette fois d'enlever le calcul. Fermeture du duodénum.

Drain de Kehr cholédocien.

Anatomo-Pathologie : carcinome vésiculaire malpighien pur.

Suites : transit très long à se rétablir ; détérioration progressive de l'état général. Décès au 16e jour.

	Observation n° 4
Mme M A R. ... 68 ans	1962
Diagnostic pré-opératoire : cholécystite aiguë lithiasique	
Diagnostic rectifié : cancer vésiculaire localisé.	
Intervention : Cholécystectomie simple. Choledotomie, duodénotomie pour empièchement cholédocien - Drain de Kehr.	
SURVIE : 10 mois 1/2	

Adressée en avril 1962 à la Clinique St Louis pour cholécystite subaiguë.

Antécédents : coliques hépatiques depuis 10 ans ; depuis un an, les crises douloureuses sont de plus en plus fréquentes, et un amaigrissement de 10 kg s'est constitué.

Histoire clinique : syndrome douloureux fébrile de l'hypocondre droit. fièvre à 38 °. Signe de Murphy présent. Pas de gros foie, ni de grosse vésicule.

Examens complémentaires : cholécystographie orale : vésicule exclue.

Diagnostic : cholécystite aiguë lithiasique.

.....
C R O 3.5.62 : Professeur PILLET
.....

Vésicule schéroatrophique moulée sur des calculs dont la paroi épaissie a un aspect pseudo-tumoral. Le cholédoque est énorme et contient des calculs ; on palpe un ganglion dans le pédicule hépatique. Cholécystectomie d'avant en arrière.

Cholédocotomie : extraction de 20 calculs, mise en place d'un drain de Kehr.

Cholangiographie par le drain : il reste 4 calculs dans la partie basse du cholédoque ; ablation du drain et de 3 calculs.

Duodénotomie, sphinctérotomie : ablation du calcul restant.

Drain de Kehr cholédocien.

Anatomo-pathologie : vésicule : aspect typique de carcinome vésiculaire intra-mural, trabéculo-glandulaire non végétant. Pas d'aspect métaplasique épidermoïde.

Suites : simples, sortie au 18e jour.

Evolution : en février 1963, nouvelle hospitalisation à la clinique pour un ictère apparu le mois précédent. On envisage une extension néoplasique.

.....
C R O 14.2.63 :
.....

Masse de la face supérieure du foie adhérente au diaphragme (biopsie). Aucune exérèse n'est possible, de même qu'aucune dérivation hépato-jéjunale car le ligament rond est enfoui très profondément dans sa scissure et cette zone est le siège d'une infiltration métastatique.

Suites opératoires : aggravation de l'état général et hyperthermie ; elle sort dans un état désespéré et décède le 23 mars 1963.

	Observation n° 5
Mme B E Z. ... 79 ans	1962
Diagnostic pré-opératoire : occlusion intestinale aiguë.	
Diagnostic rectifié : cancer vésiculaire diffus.	
Intervention : cholécystectomie simple.	
SURVIE : 5 jours	

Adressée à la Clinique St Louis en septembre 1962 pour crises subocclusives et tumeur épigastrique.

Antécédents : des crises subocclusives moins fortes existent depuis plusieurs années.

Tableau clinique : c'est celui d'une occlusion intestinale aiguë ; la tumeur épigastrique est retrouvée, sensible.

Examens complémentaires : un abdomen sans préparation montre de nombreux niveaux liquides.

Diagnostic : occlusion intestinale d'étiologie indéterminée.

.....
C R O 30.9.62 :
.....

Professeur ROGNON

Enorme vésicule aiguë soudée au duodénum.

Cholécystectomie d'avant en arrière.

Tentative de cholangiographie transcystique illisible à cause d'une fuite du produit de contraste.

Anatomo-Pathologie : adénocarcinome vésiculaire très invasif ayant entraîné une cholécystite aiguë suppurée.

Suites : Décès au 5e jour dans un tableau d'embolie pulmonaire massive.

	Observation n° 6
Mme L A S. ... 73 ans	1963
Diagnostic pré-opératoire : cholécystite subaiguë.	
Diagnostic rectifié : cancer vésiculaire diffus avec extension.	
Intervention : laparotomie exploratrice.	
SURVIE : perdue de vue.	

Adressée fin janvier 1963 à la Clinique St Louis pour cholécystite chronique.

Antécédents : depuis 6 mois sont apparues des crises de colique hépatique, avec parfois vomissements, douleurs épigastriques.

Tableau clinique : l'état général est altéré, on remarque une anorexie apparue depuis le début des troubles.

L'examen clinique est pauvre : pas de grosse vésicule, hypocondre droit sensible.

Il n'y a pas de fièvre.

Examens complémentaires : cholécystographie orale : exclusion vésiculaire.

Diagnostic : cholécystite lithiasique subaiguë.

.....
C R O 1.2.63 :
.....

Professeur PILLET

Grosse vésicule à paroi tendue présentant des zones très dures. Son aspect est nettement tumoral. Ces indurations ne permettent pas de sentir nettement de calcul, mais on constate plusieurs métastases et deux grosses masses ganglionnaires au niveau du pédicule et de la région coeliaque (prélèvement pour histologie).

Toute exérèse semble impossible.

Anatomo-Pathologie : évidentes métastases carcinomateuses dont la morphologie ne permet pas de préciser l'origine exacte. La localisation vésiculaire est très compatible avec cet aspect car certains cancers vésiculaires peuvent revêtir un aspect largement indifférencié comme ici.

Suites : sortie le 10e jour avec un traitement d'endoxan.
Perdue de vue ensuite.

M. B I D. ... 62 ans	Observation n° 7
	1963
Diagnostic pré-opératoire : cholécystite subaiguë.	
Diagnostic rectifié : cancer vésiculaire diffus avec extension.	
Intervention : cholécystostomie.	
SURVIE : 10 jours	

Hospitalisé en février 1963 à la Clinique St Louis pour cholécystite subaiguë.

Antécédents : quelques vagues troubles dyspeptiques dans les mois précédents, mais depuis 1 mois survenue d'une douleur de l'hypocondre droit associée à une fièvre oscillante.

Tableau clinique : très pauvre en dehors de cette douleur et de l'état fébrile persistant.

Examens complémentaires : cholécystographie orale : exclusion vésiculaire.

Diagnostic : cholécystite lithiasique subaiguë.

.....
C R O 18.2.63 :
.....

Professeur ROGNON

Grosse masse tumorale occupant la vésicule et toute la partie médiane du foie.

Ouverture de la vésicule (biopsie), ablation des calculs - Cholécystostomie

Anatomo-Pathologie : "carcinome vésiculaire".

Suites : installation progressive d'un état comateux qui aboutit au décès le 10e jour post-opératoire.

Mme D A V. ... 58 ans		Observation n° 8
		1963
Diagnostic pré-opératoire : tumeur épigastrique.		
Diagnostic rectifié : cancer vésiculaire diffus avec extension.		
Intervention : cholécystectomie - gastrectomie partielle.		
SURVIE : 15 jours		

Adressée en février 1963 à la clinique St Louis pour cholécystite chronique.

Antécédents : on trouve la notion de coliques hépatiques, sans pouvoir préciser le début des crises.

Tableau clinique : la malade a maigri de 10 kg en quelques mois, et l'examen découvre une tumeur épigastrique indolore.

Examens complémentaires : cholécystographie : vésicule exclue

Diagnostic : tumeur épigastrique.

.....
C R O 25.2.63 : Professeur PILLET
.....

Grosse vésicule tumorale ouverte dans l'estomac, d'aspect inflammatoire, contenant des débris encéphaloïdes et des calculs ; l'estomac contient aussi des débris tumoraux.

Cholécystectomie. Pas de cholangiographie.

Une gastrectomie partielle est accomplie, ainsi qu'une gastro-entérostomie pour enlever la zone fistuleuse et permettre une bonne vidange gastrique.

Anatomo-Pathologie : vésicule : "carcinome".

Suites : installation progressive d'un ictère rétentionnel et d'une aggravation de l'état général. Décès au 15e jour post-opératoire.

Mme C H E V. ... 75 ans		Observation n° 9
		1963
Diagnostic pré-opératoire : obstacle lithiasique ou néoplasique des voies biliaires.		
Diagnostic rectifié : cancer vésiculaire localisé.		
Intervention : cholécystectomie simple. Anastomose cholédoco-duodénale.		
SURVIE : 10 mois		

Adressée à la clinique St Louis en mars 1963 pour ictère rétentionnel.

Antécédents : aucun antécédent digestif. L'ictère est apparu progressivement sans douleur au mois de janvier, accompagné d'un état subfébrile.

Tableau clinique : ictère généralisé avec urines et selles caractéristiques, sans douleur ; la fièvre persiste à 38°. L'évolution de l'ictère est variable mais jamais il n'y a eu de rémission complète. La palpation de l'abdomen ne révèle aucune anomalie.

Examens complémentaires :

- Biologie : cholestérol - 5,20 g/l ; phosphatases alcalines : 64 UKA ;
- Transit gastro-duodénal : image de compression extrinsèque du genu superius

Diagnostic : Ictère rétentionnel par obstruction lithiasique ou néoplasique.

.....
C R O 2.3.63 :
.....

Professeur ROGNON

Vésicule épaissie, indurée au fond. Le pédicule hépatique est infiltré, on palpe une masse dure à sa base. Le foie est augmenté de volume, de type cholostatique, on n'y voit pas de métastase (biopsie). L'estomac et le duodénum adhèrent à cette infiltration du pédicule.

Cholécystectomie d'avant en arrière.

Cholédocotomie ; à ce temps opératoire une plaie de la veine porte est faite et réparée. Pas de cholangiographie. Anastomose cholédocoduodénale.

Anatomo-Pathologie : la vésicule contient de tous petits calculs, une boue épaisse. La muqueuse paraît saine mais on sent une infiltration tumorale du bassinet.

Examen histologique : carcinome exérèto-biliaire.

Foie : cholostase considérable.

Suites : le déjaunissement est rapide et complet, la malade rentre chez elle avec un traitement d'Endoxan IV au bout de 28 jours.

Evolution : 4 mois après l'intervention, apparaissent successivement une douleur de la fosse iliaque droite, un état diarrhéique, puis une occlusion intestinale subaiguë. Un mois plus tard, l'état subocclusif se transforme en véritable occlusion. La malade est opérée à ce moment (19/12/63) : il existe une diffusion péritonéale des métastases, une simple gastroentérostomie est pratiquée. Les suites sont compliquées et l'opérée sort au 17e jour dans un état de cachexie intense et décède chez elle quelques jours plus tard.

Observation n° 10

1965

Mme M A I. ... 69 ans

Diagnostic pré-opératoire : cholécystite aiguë.

Diagnostic rectifié : cancer vésiculaire diffus avec extension.

Intervention : cholécystectomie simple - Drain de Kehr.

SURVIE : 24 jours

Hospitalisée en octobre 1965 à la clinique St Louis pour cholécystite aiguë.

Antécédents : on remarque des coliques hépatiques existant depuis plusieurs années.

Tableau clinique : manifestement, il s'agit d'une cholécystite aiguë avec fièvre, douleur et défense de l'hypocondre droit.

Diagnostic : cholécystite aiguë lithiasique.

.....
C R O 10.10.65 : Professeur PILLET
.....

Hydrocholécyste aigu. Le pédicule hépatique est infiltré, une tache blanche sur le lobe gauche du foie est biopsiée.

Cholécystectomie : le cystique n'est pas cathétérisable.

Cholangiographie par le cholédoque : bons passages. Drain de Kehr.

Drain sous hépatique.

Anatomo-Pathologie : cholangiome malin vésiculo-cystique avec métastase hépatique.

Suites : installation d'une cachexie rapide entraînant le décès 24 jours après l'opération.

	Observation n° 11
Mme G H I. ... 56 ans	1966
Diagnostic pré-opératoire : lithiase cholédocienne	
Diagnostic rectifié : cancer vésiculaire diffus avec extension	
Opération : laparotomie exploratrice.	
SURVIE : 20 jours	

Adressée à la clinique St Léonard en novembre 1966 pour ictère rétionnel apparu un mois avant.

Antécédents : long passé biliaire remontant à 10 ans, fait de coliques hépatiques et de crises douloureuses de l'hypocondre droit.

Tableau clinique : c'est celui d'un ictère rétionnel typique, avec un gros foie dur, sans vésicule palpable, sans douleur ni fièvre.

Diagnostic : lithiase cholédocienne probable.

.....
C R O 29.11.66 : Docteur VAUCLIN
.....

Para - médiane droite.

Il existe un énorme bloc néoplasique impossible à disséquer englobant la

voie biliaire accessoire et le pédicule. Le foie présente des métastases sur les deux lobes et il existe un gros gâteau métastatique épiploïque. (biopsie).

Fermeture de la paroi.

Anatomo-Pathologie : métastase épiploïque d'un adénocarcinome.

Il s'agit d'une métastase d'un épithélioma digestif dont l'origine possible est :

- soit les voies biliaires,
- soit le colon, l'estomac, le pancréas.

Suites opératoires : l'opéré sort au 10^e jour, mais son état général s'altère progressivement depuis l'intervention. Elle décède quelques jours plus tard chez elle, dans des circonstances exactes inconnues.

	Observation n° 12
Mme T H O. ...	1967
Diagnostic pré-opératoire : lithiase cholédocienne	
Diagnostic rectifié : cancer vésiculaire diffus.	
Intervention : cholécystectomie - anastomose hépatico-jéjunale.	
SURVIE : 3 mois	

Adressée à la Clinique St Léonard en juin 1967 pour ictère rétionnel.

Antécédents : rien dans les dernières années ; l'ictère s'est installé deux mois auparavant, précédé de douleurs épigastriques.

Tableau clinique : il s'agit d'un ictère franc, généralisé, sans rémission, sans douleur, mais fébrile. Le foie est palpable mais lisse.

Diagnostic : lithiase cholédocienne vraisemblable.

.....
C R O 4.7.67 : Docteur VAUCLIN
.....

Para médiane droite.

Grosse vésicule montée sur un calcul. Pédicule hépatique infiltré contenant des ganglions (biopsie). Le cholédoque est rétréci, très dur.

Cholécystectomie d'avant en arrière. (Pas de cholangiographie).

Dissection de la région biliaire, mais à jour de 3 canaux biliaires : droit, gauche, et moyen, dilatés ; ponction : bile blanche et pus.

Anastomose sur anse jéjunale en oméga à la face antérieure de la convergence ; anastomose au pied de l'anse et ligature de l'anse afférente en amont de l'hépatico-jéjunostomie.

Anatomo-Pathologie : "Vésicule et ganglion de la convergence : même processus néoplasique. Vésicule : tissu néoplasique de structure glandulaire avec foyers de nécrose. Il existe par endroits une différenciation lieberkühnienne".

Suites : déjaunit d'abord en 15 jours ; ensuite l'ictère recommence.
Elle quitte la clinique avec un traitement anti-mitotique.
Elle décède 2 mois après sa sortie, dans des circonstances imprécisées.

Mme B A B. ... 65 ans	Observation n° 13
	1968
Diagnostic pré-opératoire : pancréatite aiguë.	
Diagnostic rectifié : cancer vésiculaire localisé avec extension.	
Intervention : cholécystostomie.	
SURVIE : 3 mois 1/2	

Hospitalisée à la Clinique Chirurgicale A en janvier 1968 pour suspicion de pancréatite aiguë.

Antécédents : lointains : néant. Un amaigrissement de 8 kg en quelques mois, suivi d'un syndrome douloureux abdominal 15 jours avant l'admission inaugurent la maladie.

Tableau clinique : il s'agit d'un tableau essentiellement fonctionnel : douleur sous-costale droite irradiant à gauche et en arrière, sans aucune anomalie à la palpation de l'abdomen. Fièvre à 38°.

Examens complémentaires :

-Biologiques : amylasémie : 500 US

-Radiographiques :

- . Cholécystographie : vésicule exclue,
- . Biligraphe IV : pas d'image interprétable,
- . Lavement baryté : normal,
- . Transit gastro-duodénal : élargissement du cadre duodénal évoquant une compression.

Diagnostic : pancréatite vraisemblablement d'origine biliaire.

.....
C R O 8.1.68 : Professeur GUNTZ
.....

Grosse vésicule distendue présentant 2 petits nodules sur le fond, à paroi épaisse et dure (biopsie). Le pédicule est normal, mais on palpe un ganglion rétro-pédiculaire. Le foie contient des métastases dans ses 2 lobes (biopsie).

Cholécystostomie : issue de pus franc et de calculs, mise en place d'une sonde de Pezzer.

Drainage sous-hépatique.

Anatomo-Pathologie :

- Vésicule : inflammatoire, contenant un petit foyer carcinomateux, plutôt en faveur d'une origine digestive ou pancréatique que vésiculaire !

- Foie : . lobe carré : infiltrats inflammatoires.
- . lobe droit : foyer métastatique identique à celui de la vésicule.

Suites : immédiates assez simples ; la malade quitte la clinique avec un traitement de 5 FU et de Dégranol.

Elle est décédée le 29 avril 1968 dans un tableau d'intolérance digestive installée progressivement, précédant une phase cachectique terminale.

	Observation n° 14
Mme M A R. ... 78 ans	1968
Diagnostic pré-opératoire : cholécystite aiguë	
Diagnostic rectifié : cancer diffus vésiculaire avec extension	
Intervention : cholécystectomie + hépatectomie cunéiforme	
SURVIE : 2 mois	

Adressée à la Clinique Chirurgicale A fin juin 1968 pour un syndrome douloureux fibrile avec masse palpable de l'hypocondre droit.

Antécédents : néant.

Tableau clinique : tout siège dans l'hypocondre droit où l'on remarque la masse douloureuse. Par ailleurs, la fièvre est à 38° et un amaigrissement de 8 kg est noté.

Examens complémentaires : un lavement baryté ne montre aucune altération colique.

Diagnostic : cholécystite aiguë.

.....
C R O 4.7.68 : Professeur GUNTZ
.....

Enorme vésicule tumorale infiltrant le lit vésiculaire, le pédicule hépatique, le mésocolon transverse, contenant plusieurs calculs.

Il existe une fistule entre colon et fond vésiculaire.

Après avoir libéré le colon et fermé la brèche, on pratique une cholécystectomie qui emporte en monobloc la vésicule et le parenchyme hépatique adjacent (hépatectomie cunéiforme du lit vésiculaire).

Mèche sous-hépatique sortant par une contre-incision.

Anatomo-Pathologie :

- Vésicule : carcinome vésiculaire anaplasique
- Ganglion du pédicule : métastase ; extension du carcinome vésiculaire.

Suites : le décès se produit au 5-e jour, après un abcès sous-phrénique drainé. La masse sous-costale droite se reproduit à partir du 20e jour, et la malade décède dans un tableau cachectique associé à un état infectieux.

Mme G A S. ... 57 ans	Observation n° 15
	1968
Diagnostic pré-opératoire : lithiase cholédocienne et vésiculaire	
Diagnostic rectifié : cancer diffus vésiculaire	
Intervention : cholécystectomie simple ; drain de Kehr	
SURVIE : 7 jours	

Adressée pour ictère rétentionnel à la Clinique St Léonard en septembre 1968.

Antécédents : néant ; l'ictère a débuté 1 mois avant, sans signe accompagnateur ou précurseur.

Tableau clinique : ictère rétentionnel typique. On ne note pas de gros foie ni de grosse vésicule.

Examens complémentaires :

- Biologiques : phosphatase alcaline à 42 UKA
- Abdomen sans préparation : vésicule imprégnée de bile calcique contenant d'énormes calculs.

Diagnostic : lithiase cholédocienne d'origine vésiculaire.

.....
C R O 17.9.68 :
.....

Docteur VAUCLIN

Para médiane droite.

Vésicule aussi dure que de la pierre ; cholécystostomie, ablation des calculs, ectomie antérograde.

La palpation trouve un nodule dans la région hiliaire.

Cholédocotomie, drain de Kehr, cholangiographie par ce drain : bonne injection du cholédoque et du duodénum, image lacunaire du hile avec amorce de branche gauche, injection de la branche droite et de ses divisions qui sont dilatées.

Le drain de Kehr est conservé. Lame sous-hépatique sortant par une contre-incision.

Anatomo-Pathologie : épithélioma excréto-biliaire sur une vésicule scléro-atrophique.

Suites opératoires : sortie au 18e jour en assez bon état général.

Evolution : décédée 6 mois après, dans un tableau de cachexie progressive et de purpura (pas d'ictère semble-t-il).

	Observation n° 16
Mme D U P. ... 68 ans	1968
Diagnostic pré-opératoire : hydrocholécyste calculeux	
Diagnostic rectifié : cancer localisé, sans extension	
Intervention : cholécystectomie simple	
SURVIE : 28 mois	

Adressée à la Clinique St Léonard en octobre 1968 pour crise douloureuse de l'hypocondre droit associée à une masse tumorale.

Antécédents : lointains : néant. En juillet sont apparues des céphalées. des douleurs sous-costales droites et la tumeur.

Tableau clinique : il associe douleur sous-hépatique, fièvre ; à la palpation, on retrouve cette tumeur, sensible.

Examens complémentaires : cholécystographie orale : exclusion vésiculaire biligraphie IV : voie biliaire principale normale.

Diagnostic : Hydrocholécyste calculeux.

.....
C R O 10.10.68 :
.....

Docteur VAUCLIN

Para médiane droite.

Très grosse vésicule tendue, sillonnée de grosses saillies veineuses ; on palpe des ganglions durs dans le pédicule hépatique.

Cholécystectomie. Cholangiographie transcystique normale.

Drain de Redon sous-hépatique. Paroi plan par plan.

Anatomo-Pathologie :

- Macroscopie : néovégétant du fond vésiculaire, gros calcul du bassin.
- Histologie : carcinome végétant, peu infiltrant, dépassé par la section.

Suites : simples, sort au 16e jour.

Evolution : Perdue de vue jusqu'en juillet 1970, date à laquelle apparaissent des douleurs sous-costales droites et une hépatomégalie dure, suivies deux mois après d'un ictère.

La malade est alors hospitalisée au CHU où sont pratiqués :

- un transit gastro-duodénal : laminage de la portion initiale du 2e duodénum,
- une scintigraphie hépatique : gros foie et image lacunaire dans sa partie moyenne.

La malade décède le 13 février 1971 dans un tableau d'hémorragie digestive suivie de troubles de la conscience à type de coma-hépatique.

Mme L A M. ... 53 ans Diagnostic pré-opératoire : cholécystite lithiasique et lithiase cholédocienne Diagnostic rectifié : cancer vésiculaire diffus avec extension Intervention : laparotomie exploratrice. SURVIE : 4 mois	Observation n° 17 1969
---	--------------------------------------

Adressée en janvier 1969 à la clinique St Léonard pour syndrome douloureux de l'hypocondre droit associé à un ictère fugace.

Antécédents : lointains : néant. 3 mois auparavant sont apparues des douleurs de l'hypocondre droit et de l'épigastre suivies d'un ictère discret ayant duré une dizaine de jours.

Tableau clinique : l'examen trouve une grosse masse de l'hypocondre droit sensible à la palpation. Il existe des signes généraux : amaigrissement de 5 kg depuis quelques mois, anorexie.

Examens complémentaires :

- Biologiques : phosphatases alcalines : 28 UKA
- Radiographiques :
 - . cholécystographie orale : vésicule exclue,
 - . biligraphie IV : normale, mais cet examen est suivi d'une crise douloureuse de l'hypocondre droit et d'ictère.
- Scintigraphie hépatique : image lacunaire au bord inférieur du foie dans la région hilare.

Diagnostic : lithiase cholédocienne et cholécystite lithiasique.

C R O 16.1.69 : Docteur VAUCLIN

Para médiane droite.

Vésicule blanchâtre, tumorale, adhérente à l'épiploon et au duodénum, (biopsie vésiculaire) inextirpable car soudée au pédicule hépatique infiltré et sans doute comprimé. Le lobe droit du foie est envahi dans sa totalité, il n'y a rien de visible dans le lobe gauche.

Fermeture de la paroi.

Anatomo-Pathologie : épithélioma trabéculaire.

Suites opératoires : simples ; sortie au 12e jour.

Evolution : inconnue, mais l'Etat Civil nous a appris que la malade était décédée le 25 mai 1969.

M. M A R. ... 68 ans	Observation n° 18 1969
Diagnostic pré-opératoire : cirrhose cholastatique ou lithiase cholédocienne.	
Diagnostic rectifié : cancer vésiculaire localisé avec extension.	
Intervention : cholécystectomie simple ; double drainage biliaire externe : transcystique et de Kehr transoddien.	
SURVIE : 3 mois 1/2	

Adressé en avril 1969 par la Clinique Médicale B, à la Clinique Chirurgicale A pour ictère rétentif.

Antécédents : asthme connu depuis de longues années et traité. Hernie hiatale ancienne. Appendicite opérée en 1968. Hémiplégie gauche sans récupération, datant de l'année précédente.

Histoire clinique: l'ictère a été précédé de vomissements et d'anorexie pendant quelques jours. Il s'est installé en même temps que les urines fondaient et que les selles se décoloraient. Une douleur épigastrique ou barre s'est surajoutée. Un mois après, le malade est hospitalisé. Lors de l'examen initial, l'ictère est généralisé, accompagné de prurit. Il existe un gros foie et la vésicule augmentée de volume, lisse, est palpée ; ces deux organes sont sensibles.

Examens complémentaires :

- Biologiques : bilirubine totale 160 mg/l - elle augmentera jusqu'à 204 mg/l
cholestérol total : 3,8 g/l - Phosphatases alcalines 14 UKA
Mac Lagan 16 - Hanger +.
- Radiologiques :
 - . transit oeso-gastro-duodénal : hernie hiatale
 - . cholangiographie transpariétéo-hépatique : malgré 3 ponctions, jamais il n'a été obtenu de bile.
- Laparoscopie : foie de cholostase, la vésicule n'est pas vue ; pas de métastase hépatique.

Diagnostic : hésitant entre cirrhose cholostatique et lithiase du cholédoque.

.....
C R O 21.4.69 : Professeur GUNTZ
.....

Para médiane droite.

La vésicule est tumorale, le foie augmenté de volume, vert, mais sans métastase. Le pédicule hépatique est extrêmement infiltré. Il semble s'agir d'une tumeur vésiculaire. Ponction de la vésicule : liquide sanieux, noirâtre ; pas de calcul ; seul le fond de la vésicule se vide et l'exploration endovésiculaire montre qu'il existe une tumeur intravésiculaire séparant la vésicule en 2 réservoirs distincts.
Cholécystectomie, ligature de l'artère cystique au nylon.

Cholangiographie transcystique : pas de passage duodénal mais reflux dans les voies biliaires intra-hépatiques qui sont modérément dilatées.

Cholécystotomie, cathérisme transoddien ; la cholangiographie montre alors un bon passage duodénal.

On conserve les deux drains, car on pense que la compression par la tumeur vésiculaire et par l'infiltration du pédicule est responsable de l'absence de passage.

Fermeture de la paroi sur une drain de Penrose.

Anatomo-Pathologie : adénocarcinome médio-vésiculaire.

Adénocarcinome très différencié, glanduliforme de la partie moyenne du corps vésiculaire, très invasif, allant jusqu'à la face externe de l'organe par endroits.

Les prélèvements pratiqués au niveau du fond et du col ne montrent pas d'image carcinomateuse.

Suites opératoires : après 15 jours passés dans le service de réanimation, le malade est de retour dans le service où l'on constate :

- déjaunissement presque complet, le drain transcystique donne 250 cc par jour. On commence à le clamber (Bilirubine totale 14 mg/l).

Il existe une surinfection pulmonaire, sans doute favorisée par l'asthme, le traitement antibiotique est continué. Sur le plan abdominal, l'opéré va très bien.

Il quitte le service le 4/6/69.

Evolution : revu régulièrement pour une perfusion hebdomadaire de Mitomycine, on l'hospitalise à nouveau en raison de la dyspnée asthmatiforme qui est devenue continue, et d'une très grande asthénie. Un traitement cortisonique et bronchodilatateur améliore l'état respiratoire.

Le 14 août 1969, le malade est trouvé mort dans son lit ; il n'a pu être pratiqué d'autopsie.

	Observation n° 19
Mlle R O G. ... 41 ans	1969
Diagnostic pré-opératoire : sténose pylorique néoplasique	
Diagnostic rectifié : cancer vésiculaire diffus avec extension	
Intervention : cholécystectomie simple, drainage transcystique Gastroentérostomie.	
SURVIE : 2 mois	

Adressée à la Clinique chirurgicale A en août 1969 pour troubles digestifs. Il s'agit d'une mongolienne résidant habituellement dans un centre psychiatrique.

Antécédents : néant

Histoire clinique : un mois avant son admission sont apparus des vomissements à répétition, des crises douloureuses épigastriques. L'examen clinique trouve une tumeur palpable de la fosse iliaque gauche, rien d'autre en dehors

d'un amaigrissement de 5 kg.

Examens complémentaires : transit gastroduodénal : après un échec dû au manque de coopération, un deuxième T.G.D. montre un estomac de stase avec une image pylorique de sténose évoquant un néoplasme.

Diagnostic : sténose pylorique néoplasique, peut être maladie de Kruckenberg

.....
C R O 13.8.69 : Professeur GUNTZ
.....

Grosse vésicule dont la paroi, d'aspect néoplasique comprime le pylore.
Tumeurs bilatérales des ovaires : exérèse.

Cholécystectomie - pas de cholangiographie. Drainage transcystique.

Gastroentérostomie transmésocolique.

A l'ouverture de la vésicule, on trouve une grosse masse néoplasique encéphaloïde comblant la lumière.

Anatomo-Pathologie :

- Ovaires : cystadénome mucoïde végétant sans caractère de malignité.
- Vésicule : adénocarcinome papillaire végétant, excréto-biliaire.
- Paroi duodénale (biopsie) : envahie par le cancer vésiculaire.

Evolution : La malade sort au bout de 34 jours ; ses suites ont été simples, mais au cours d'une cholangiographie, le drain transcystique est parti spontanément.

Elle part en maison de repos où elle décède le 5 octobre 1969 dans des conditions qui nous sont inconnues.

Observation n° 20	
Mme G I R. ... 55 ans	1969
Diagnostic pré-opératoire : cholécystite aiguë	
Diagnostic rectifié : cancer diffus vésiculaire avec extension	
Intervention : cholécystostomie.	
SURVIE : 6 mois	

Hospitalisée à la Clinique St Louis en septembre 1969 pour cholécystite aiguë.

Antécédents : néant

Histoire clinique : quelques jours avant son admission, un syndrome de cholécystite aiguë s'est installé brutalement. A l'examen, le diagnostic est aisé, devant un signe de Murphy, une défense, un syndrome infectieux.

Examens complémentaires : cholécystographie orale : exclusion vésiculaire.

Diagnostic : cholécystite aiguë

.....
C R O 2.9.69 :
.....

Professeur PILLET

Enorme vésicule tumorale envahissant foie et mésocolon ; biopsie hépatique sur une zone suspecte.

Cholécystostomie (biopsie) sur sonde de Pezzer après extraction de très nombreux petits calculs.

Anatomo-Pathologie : vésicule : épithélioma épidesmoïde mature.

Suites opératoires : rééquilibration métabolique difficile. Sortie au 30e jour.

Evolution : En mars 1970, est à nouveau hospitalisée pour une cachexie importante associée à un syndrome infectieux sévère. Une scintigraphie hépatique montre une lacune. Petit à petit s'installe un coma hépatique suivi de décès début avril.

	Observation n° 21
Mme G A B. ... 72 ans	1969
Diagnostic pré-opératoire : néoplasme du pancréas ou lithiase	
Diagnostic rectifié : cancer diffus de la vésicule avec extension	
Intervention : cholécystostomie	
SURVIE : 30 jours	

Hospitalisée à la Clinique Chirurgicale A en octobre 1969 pour ictère de type rétionnel.

Antécédents : rien de spécial n'est signalé.

Histoire clinique : l'ictère s'est installé progressivement, accompagné d'une diarrhée le mois précédent, en même temps que les urines et les selles devenaient caractéristiques. Il n'a pas été noté de douleur, ni de fièvre, ni de prurit. L'examen trouve une grosse masse sous-hépatique droite.

Examen complémentaires :

- Biologiques : confirment la rétention avec des phosphatases alcalines à 56 UKA.
- La scintigraphie hépatique : encoche marginale à droite du ligament rond (empreinte vésiculaire).

Diagnostic : néoplasme vraisemblable ; lithiase cholédocienne possible.

.....
C R O 24.10.60 :
.....

Professeur GUNTZ

- Ascite : 1 litre environ.
- Grosse vésicule tendue contenant 3 calculs ; le pédicule hépatique n'est plus qu'une très grosse masse adhérente à l'estomac, au-delà de toute ressource chirurgicale ; il existe de très nombreuses métastases hépati-

- ques (biopsie).
- Cholécystotomie , ablation des calculs, prélèvement du fond vésiculaire, cholécystostomie.
- Fermeture de la paroi.

Anatomo-Pathologie :

- Vésicule : adénocarcinome excréto-biliaire
- Foie : métastase du carcinome vésiculaire

Suites opératoires : l'ascite se reproduit immédiatement et un état cachectique s'installe précédant le décès qui survient le 23 novembre 1969.

	Observation n° 22
Mme M E N. ... 71 ans	1969
Diagnostic pré-opératoire : tumeur hépatique ou vésiculaire	
Diagnostic rectifié à l'autopsie : cancer de la vésicule avec extension.	
SURVIE : décès pré-opératoire	

Hospitalisée à la Clinique Chirurgicale A en novembre 1969 pour ictère rétentif.

Antécédents : coliques hépatiques remontant à 13 ans.

Histoire clinique : l'ictère s'est installé progressivement en deux mois. Lors de l'examen, il est généralisé sans douleur, sans prurit et sans fièvre, chez une malade amaigrie. La palpation trouve une masse sous-hépatique droite de la taille d'un pamplemousse.

Examens complémentaires : parmi ceux-ci, on note des phosphatases alcalines à 3,60 UKA, des transaminases normales, un taux de prothrombine à 70 % et une augmentation de la bilirubine directe à 140 mg/l. Une cholécystographie orale est pratiquée en profitant d'une phase de rémission de l'ictère : vésicule excisée. L'abdomen sans préparation fait à l'entrée ne montrait pas d'image calculeuse de l'aire vésiculaire.

Diagnostic : tumeur hépatique ou vésiculaire.

Evolution : la malade décède brutalement dans un état de collapsus incontrôlable 5 jours après son arrivée ; une vérification anatomique rapide est pratiquée :

- embolie pulmonaire gauche,
- cancer de la vésicule et infiltration pédiculaire.

Anatomo-Pathologie :

Vésicule : carcinome

Mme F R E S. ... 79 ans Diagnostic pré-opératoire : cancer de la tête du pancréas. Diagnostic rectifié : cancer vésiculaire diffus. Intervention : cholécystectomie simple -anastomose hépatico-jujénale. SURVIE : 10 jours	Observation n° 23 1970
--	--------------------------------------

Hospitalisée à la Clinique Chirurgicale A en juin 1970 pour ictère réten-
tionnel.

Antécédents : aucun

Histoire clinique : l'ictère s'est installé en quelques semaines sans signe
associé en dehors de la décoloration des selles et de l'hyperpigmentation
des urines. L'examen ne trouve pas de gros foie, ni de grosse vésicule.

Examens complémentaires :

Biologiques : en faveur de la rétention.

Diagnostic : cancer de la tête du pancréas.

.....
C R O 9.6.70 : Professeur NAULLEAU
.....

Vésicule tumorale distendue, contenant de nombreux petits calculs ;
le pédicule semble envahi (cholédoque et cystique)

Cholécystectomie.

Cholangiographie transcystique : dilatation de la ramure biliaire sus-
jacente au cholédoque.

Anastomose hépatico-jujénale sur anse en Y précolique.

Lame sous l'anastomose sortant par une contre-incision.

Anatomo-Pathologie : vésicule : **adénocarcinome** excréto-biliaire.

Suites opératoires : décès au 10e jour dans un tableau d'insuffisance hépa-
tique grave.

Mme M E S. ... 68 ans Diagnostic pré-opératoire : cholécystite chronique lithiasique. Diagnostic rectifié : cancer vésiculaire localisé sans extension, calcul du canal hépatique Intervention : cholécystectomie simple - Drain de Kehr. SURVIE : bien portante à 15 mois	Observation n° 24 1970
---	--------------------------------------

Hospitalisée à la clinique St Léonard en juin 1970 pour cholécystite chronique lithiasique.

Antécédents : depuis 40 ans, il existe des épisodes de colique hépatique, d'ictères régressifs.

Tableau clinique : une nouvelle crise douloureuse de l'hypocondre droit l'a décidée à se faire opérer. On remarque un amaigrissement important depuis quelques mois. L'examen trouve une région sous-costale droite sensible ; il n'y a pas de fièvre.

Examens complémentaires : cholécystographie orale : vésicule exclue ; transit gastro-duodénal : image de compression extrinsèque de l'antré.

Diagnostic : cholécystite chronique lithiasique.

.....
C R O 23.6.70 :
.....

Docteur VAUCLIN

Para médiane droite.

Grosse vésicule sous tension, adhérente par sa face inférieure sur laquelle un élément exophytique est appendu. Le cholédoque est dilaté et l'on sent une induration au bord supérieur du premier duodénum évoquant un vieil ulcère.

Cholécystectomie rétrograde.

Cholangiographie trans-cystique : calcul de l'hépatique commun, bas colédoque mal imprégné, pas de passage duodénal.

Cholédotomie, ablation du calcul, drain de Kehr.

Lame sous-hépatique sortant par une contre-incision.

Fermeture plan par plan.

Anatomo-Pathologie :

- Macroscopie : la vésicule contient plusieurs calculs, une substance gélatineuse fétide et une petite formation végétante sûrement cancéreuse.
- Histologie : épithélioma glandulaire végétant, très faiblement infiltrant dont la malignité enclose semble pouvoir faire espérer un pronostic relativement favorable.

Suites opératoires : simples, sortie au 20e jour.

Evolution : vivante et bien portante le 28 septembre 1971, sans signe de récurrence, mais a signalé quelques troubles dyspeptiques post-prandiaux.

Observation n° 25

Mme M O R. ... 84 ans

1970

Diagnostic pré-opératoire : lithiase du cholédoque

Diagnostic rectifié : cancer vésiculaire avec extension

Intervention : cholécystectomie simple.

SURVIE : 3 jours

Adressée en juin 1970 dans le service de Chirurgie Générale pour ictère rétentionnel.

Antécédents : néant.

Histoire clinique : l'ictère s'est installé en quelques jours, associé à une douleur sous-costale droite. La malade a été presque aussitôt hospitalisée. L'examen retrouve cet ictère de type rétentionnel, de même que la douleur de l'hypocondre droit qui n'est pas caractéristique ; il n'existe pas de gros foie, ni de grosse vésicule, la malade es apyrétique.

Examens complémentaires : La biologie est de type rétentionnel, un abdomen sans préparation montre des calculs de l'aire vésiculaire.

Diagnostic : lithiase du cholédoque.

C R O 1.7.70 :

Docteur VAUCLIN

Para médiane droite.

Grosse vésicule distendue à contenu purulent, présentant une induration du bassin et contenant des calculs. Le foie est augmenté de volume, verdâtre. Dans le pédicule, un ganglion dur est prélevé.

Cholangiographie trans-vésiculaire : bonne injection de cholédoque et du duodénum ; moins nette vers le haut.

Cholécystectomie - Redon sous-hépatique. On ne fait rien de plus car la malade est très fatiguée.

Paroi plan par plan.

Anatomo-Pathologie : seule le compte-rendu concernant le ganglion est retrouvé : lipogranulomatose généralisée au sein de laquelle on trouve une micro-métastase d'un adénocarcinome excréto-biliaire.

Suites opératoires : décès au 3e jour dans un tableau d'insuffisance hépatique rapide avec hémorragies profuses.

	Observation n° 26
Mme F R O. ... 63 ans	1970
Diagnostic pré-opératoire : cancer des voies biliaires	
Diagnostic rectifié : cancer diffus avec extension	
Intervention : Laparotomie exploratrice	
SURVIE : 5 mois 1/2	

Hospitalisée en septembre 1970 à la clinique chirurgicale A pour syndrome douloureux de l'hypocondre droit.

Antécédents : vagues troubles dyspeptiques existant depuis plusieurs années.

Histoire clinique : depuis quelques semaines, il est apparu une douleur sous-costale droite, sans caractère particulier.

L'examen trouve une masse sous-costale droite sensible, une douleur à la palpation sans signe de Murphy. Associés à ces signes, on note un amaigrissement

important, et un état fébrile à 38°.

Examens complémentaires :

- cholécystographie orale : vésicule exclue
- cholangiographie I.V. : ininterprétable car le produit de contraste est éliminé par voie rénale.
- scintigraphie hépatique : "encoche" sous-hépatique droite.
- laparoscopie : la vésicule n'est pas vue, mais des tâches blanchâtres sont notées sur le lobe droit du foie.

Diagnostic : cancer probable des voies biliaires.

.....
C R O 14.9.70 :
.....

Professeur GUNTZ

Vésicule tumorale ratatinée sur un calcul ; le hile hépatique est complètement libre, de même que le pédicule. Une énorme métastase occupe le lobe droit du foie (biopsie).

Fermeture de la paroi.

Anatomo-Pathologie : biopsie hépatique : métastase d'un carcinome épidermoïde tout-à-fait compatible avec une origine vésiculaire ou excréto-biliaire.

Suites : simples, sortie au 15e jour.

Evolution : perdue de vue, mais grâce à l'Etat Civil, on apprend que la malade est décédée le 9 mars 1971 dans des conditions inconnues.

	Observation n° 27
Mme M O N. ... 70 ans	1970
Diagnostic pré-opératoire : cholécystite aiguë	
Diagnostic rectifié : cancer localisé, sans extension - empiérement cholédocien associé.	
Intervention : cholécystectomie simple ; anastomose cholédoco-duodénale.	
SURVIE : bien portante à 8 mois	

Adressée à la Clinique St Léonard en septembre 1970 pour cholécystite chronique lithiasique.

Antécédents : depuis quelques années, se plaint de crises douloureuses épigastriques et de l'hypocondre droit (Murphy +), fièvre, sans signe de rétention biliaire.

Examens complémentaires : une cholécystographie orale est normale, de même qu'un lavement baryté.

Diagnostic : cholécystite aiguë.

.....
C R O 29.9.70 :
.....

Docteur VAUCLIN

Para médiane droite.

Grosse vésicule subaiguë adhérente à l'épiploon, contenant des calculs dans l'infundibulum.

Cholécystectomie rétrograde.

Cholangiographie transcystique : élargissement de la V.B.P., nombreux calculs dans le cholédoque et l'hépatique commun.

Cholédocotomie : extraction de 16 calculs ; anastomose cholédoco-duodénale.

Lame sous-hépatique sortant par une contre-incision.

Paroi plan par plan.

Anatomo-Pathologie :

- Macroscopie : vésicule contenant des calculs polyédriques, à paroi épaissie. Sur sa face libre, se trouve un petit **néo végétant**.
- Histologie : épithélioma typique, greffé sur une cholécystite lithiasique.

Suites opératoires : simples ; sortie au 14e jour.

Evolution : le 17.6.71 est bien portante, a repris du poids et ne présente aucun signe de récurrence.

CONCLUSION GENERALE

Grâce à ce travail et à la lecture des auteurs s'étant intéressés à ce sujet, nous avons pu vérifier un certain nombre de données concernant le cancer primitif des voies biliaires extra-hépatiques.

Le diagnostic pré-opératoire est très difficile à établir malgré l'abondance des examens complémentaires parmi lesquels nous semblent indispensables :

- *la cholangiographie* transpariéto-hépatique pré-opératoire permettant de déterminer la nature et le siège de l'obstacle.
- *l'artériographie* sélective dont les indications doivent être élargies. Elle permettrait - avec une certaine pratique - de montrer des anomalies artérielles, en particulier dans le territoire de l'artère cystique, sans oublier les métastases hépatiques possibles.
- *la laparoscopie* fournit un diagnostic d'appoint, montrant l'extension cancéreuse, pédiculaire, juxta-pédiculaire, hépatique. Rarement elle permet de voir la lésion initiale et de déterminer la nature.

D'autres examens, telle la recherche de cellules tumorales au tubage duodénal, la tomo échographie vésiculaire, la scinti-

graphie hépatique constituent un appoint intéressant. Malheureusement, l'indication opératoire est souvent portée sur un diagnostic erroné.

L'examen anatomo-pathologique commence au moment même de l'intervention. Son importance est capitale pour évaluer avec précision la nature et le siège de la tumeur, son extension locale, ses métastases. De cet examen macroscopique dépend la tactique opératoire : laparotomie exploratrice, dérivation biliaire, exérèse palliative ou curatrice. Nous pensons que dans le doute, il ne faut pas hésiter à demander un examen histologique extemporané.

Ensuite c'est l'étape histologique et nous avons vu que cet examen seul découvrirait parfois un cancer vésiculaire ; ceci doit inciter à ouvrir et à examiner le contenu vésiculaire dès la cholécystectomie accomplie, la tactique opératoire pouvant en être changée. L'examen histologique doit être demandé pour toute exérèse vésiculaire?

Le traitement comparé à ses résultats nous a paru décevant dans l'ensemble : sur 39 malades opérés, 4 ont survécu ou vivent encore plus de UN an après l'opération. La seule chance de guérir de tels malades réside dans l'exérèse carcinologique rarement réalisable en raison des conditions anatomiques, des risques opératoires. Ainsi les petits cancers localisés sans extension ni métastases, réunissent le plus long espoir de survie et même de " guérison ".

Le cancer occulte de la vésicule découvert fortuitement à l'occasion d'une cholécystectomie pour lithiase vésiculaire est un bon exemple, puisque c'est à son sujet que nous avons rencontré les survies les plus longues. Ceci nous semble un argument dé-

cisif dans l'indication large de la cholécystectomie pour lithiase.

Le cancer nain ou localisé de la voie biliaire principale peut parfois bénéficier d'une exérèse carcinologique convenable. Il en est ainsi pour la duodéno pancréatectomie céphalique que nous avons pratiquée une fois et pour l'hémi hépatectomie gauche qui est - sauf erreur de notre part - la deuxième réalisée pour des raisons identiques.

Lorsque le cancer est inextirpable à cause de son extension locale ou de ses métastases, la chirurgie peut se réduire à une intervention exploratrice ou à la dérivation biliaire palliative, qui peut donner une survie confortable.

Le pronostic de cette maladie est donc redoutable, c'est la raison pour laquelle l'exérèse doit être tentée chaque fois qu'elle est raisonnablement possible.

BIBLIOGRAPHIE

ANDREW E.C., BENPETT D.E., and ARHELGER R.B.

Carcinoma of the gallbladder : report of 45 cases.
... STH, Med. J. 1969, 62/5 (573-578)

ARMINSKI T.C.

Primary Carcinoma of the gallbladder.
... Cancer, 1949, 2, 379/398

BENHAMOU J.P. et Coll.

Le Cancer de la voie biliaire principale (Ampoule de Vater
exclue)
... Sem. Hôp. Paris, 1959, 35, 89

BERTRAND P., LOMBARD PLATET R., POUYET M. et UNCUOGLU I.

A propos d'une série de 36 cas de tumeurs des voies
biliaire extra-hépatiques
... Arch. Mal. Appr. Dig. 1963, 52, 7-8, 804 - 806

BERTRAND P., LOMBARD-PLATET R., POUYET M. et UNCUOGLU I.

Les tumeurs des voies biliaires extra hépatiques
... Lyon Chir. 1963, 59, n° 5, pp., 655, 667

BERTRAND L., PRIOTON J.B., MICHEL H. et CIVRANA A.J. (Montpellier)

Cancer de confluent biliaire supérieur dit du hile
... Revue Inter. d'Hépatologie, Tome XIX, n° 8, 1969 - 543-570

BERTRAND L., PRIOTON J.B. et CIVRANA D.J.

Le Cancer du Confluent biliaire supérieur, dit "du hile"
... Presse Méd. 1970 - 78 - n° 27, pp. 1213/1218

BILLINGTON B.P.

Ictère par Obstruction intra-hépatique

... M.J. Australia, 1952, 39, p. 663-669

BISMUTH H., HERNANDEZ Cl., HEPP J.

Les hémobilies d'origine vésiculaire

... Ann. Chir. 1966, 20, 5-6, 376/380

BISMUTH H. et MARTIN E.D.

Les tumeurs des voies biliaires

... Rev. Prat. 1971, 21, 1, pp. 131/149

BLAKE CADY M.D. Boston - Massachussets, JOSEPH G., FORTNER M.D.
New-York, New-York

Surgical resection of Intrahepatic bile duct cancer

... Amer. Jour. Surg. 1969 118/1 (104-107)

BOURGEON R., PIETRI H., PANTIN J.P., CATALANO H., VIDEAU J.
et GUNTZ M.

Un aspect nouveau de la chirurgie des tumeurs de la vésicule
biliaire.

... Afr. Fr. Chir. 1955-13 521/523

BOURGEON R. et GUNTZ M.

Foie, voies biliaires intra-hépatiques.

... Nouveau traité de technique chirurgicale, tome XII

Fascicule premier, Masson et Cie - 1968

CAROLI J.

Les Ictères par rétention. Diagnostic médico-chirurgical.

... Masson et Cie édit., Paris 1 vol., 1956, 481 p.

CAROLI J. et CHARBONNIER D.

Diagnostic préopératoire clinique, biologique, laparoscopique
et radiologique des ictères néoplasiques.

... Revue Prat. 1960, X, n° 23, pp. 2459/2484

CAROLI J. et CORCOS V.

Maladie des voies biliaires intra-hépatiques segmentaires
... Masson et Cie édit., PARIS 1964

CHAMPEAU M., PINEAU P.

Chirurgie des voies biliaires de l'adulte et du nourrisson.
Technique et tactique.
... Masson 1952

CHAMPEAU M., PINEAU P. et LEGER P.

Chirurgie du foie et des voies biliaires
... 1 vol. Edit. Med. Flammarion, 1967

CLAUDE R.

Le cancer de la vésicule biliaire.
... Antenne Médicale, 1966, 3, 27-30

CLAUDE L. (Limoges)

Le cancer de l'hépatocolédoque
... Revue Int. Hepatologie, tome XIX, n° 8, 1969 587/599

CLAUDE R., ADENIS J.P., LAUBIE B., LEYMAN G. et PILLEGAND B.

A propos de trois fistules cholecysto-digestives révélatrices
d'un cancer vésiculaire.
... Société de Gastro-Enterol. du Sud Ouest, 27 mars 1971
... Arch. Fr. Mal. App. Dig. 1971, 60, 491

EORNET M.J.

Cancers des voies biliaires extra-hépatiques.
... Rev. Franç. de gastro-entérologie, 1966, 14, 27-38

COUINAUD C.

Les hépatectomies réglées.
... Arch. Mal. App. Dig., nov. 1959 - 48 - 1366 - 1383

COUINAUD C.

Le foie. Etudes Anatomiques et chirurgicales.
... 1 vol. Masson et Cie, édit., 1957

COUINAUD C.

Cholangio - jéjunostomies intra-hépatiques gauches.

A propos de 18 observations personnelles.

... Arch. Fran. Mal. App. Dig., 1967, 56, 295-310

CUILLERET J. et TETE R.

Les cancers des canaux biliaires extra-hépatiques.

... Encyclopédie médico-chirurgicale, Foie, 1968, 7057 - A 30
pp. 1-6

DEBRAY Ch., HARDOUIN J.P., PAOLAGGI J.A., et Mme MARCHE Cl.

Le cancer primitif de la vésicule biliaire. Données cliniques
et évolutives à propos de 52 observations.

... Arch. Mal. App. Dig., 54, 1-2, 5 - 24, 1965

DEN BESTEN L., LIECHTY R.D.

Cancer of the biliary tree.

... Amer. Jour. Surg. vol. 109, may 1965, pp. 587/589

DETRIE Ph. et collaborateurs.

Les formes hémorragiques des fistules cholecysto-duodénales.

... J. Chir. 1970, 100, n° 6, 471/478

DEUTSCH V.

Cholecysto-angiography visualisation of the gallbladder by
selective coeliac and mesenteric angiography.

... Amer. J. Roentgen. 1967. - 101 - 608/616

DIAZ SALVADOR INFANTE

Cancer primitif de la vésicule biliaire. Etude de 40 cas.

... Journal de Chirurgie, 85, 4, 447-464, 1963

DONY D. et DESCHREYER M.

Le cancer de la vésicule. Séance de la Société Belge de
Gastroenterologie du 25-1-1969

FRIEDMAN I.H., MEHLER G. and GINZBURG L.

Pyloroduodenal obstruction due to carcinoma of the gallblader.
... Amer. J. Gastroentero. 1969, 52/3, (224/230)

GIRARD M. (Lyon)

Cancer de la vésicule biliaire.

... Revue Inter. Hepatologie, tome XIX, n° 3, 1969 571/585

GOFFRINI P.

La ostruzioni neoplastiche dell'epato coledoco

... Rass. Clin. Sci. Ist. Biochim. Ital. 1969 45/6 (161-168)

GOINARD P. et PELISSIER G.

Thérapeutique chirurgicale des ictères par rétention.

... Masson et Cie, 1959

GOINARD P. et PELISSIER G.

Exploration chirurgicale de l'ampullome vaterien et des cancers
de la voie biliaire principale.

... Rev. Prat. 1960, X; n° 23, pp. 2485/2491

HEPP J., MERCADIER M. et BALANSA

Les cancers des voies biliaires extra-hépatiques.

(A propos de 10 observations)

... Arch. Fran. Mal. App. Dij. ; 1954 - 43, 1041-1057

HEPP J. et MERCADIER M.

Cancers des voies biliaires extra-hépatiques.

... Ann. Chir., fév. 1956, 32, 2, 85-97

HEPP J., HERNANDEZ C., MOREAUX J. et BISMUTH H.

L'artériographie dans les affections chirurgicales du foie,
du pancréas et de la rate.

... Un vol. - Masson et Cie edit., Paris, 1968

HIVET M. et RICCHARME J.

Les obstructions biliaires néoplasiques de la voie biliaire principale. A propos de 35 observations.

... Ann. Chir. 1965, 19, 1046-1064

HOLLENDER F., GILLET M. et WEISS A.G.

Les cancers primitifs de la voie biliaire. A propos de 16 observations.

... Arch. Fran. Mal. App. Dig. 1968, 57, 245

JOLY J.P.

Le cancer des voies biliaires.

... Cahier du Coll. de Med. des Hôp. de Paris, 1962, 3, 615-622

KLATSKIN Gerald

Adenocarcinoma of the hepatic duct at its bifurcation within the porta hepatis.

... Ann. Jour. of Med. vol. 38, fébruary 1965 pp. 241/256

KUWAITI K., BAGGENSTOSS A.H., STAUFFER M.H. and PRIESTLEY J.T.

Carcinoma of the major intrahepatic and the extrahepatic bile ducts exclusive of the papilla of vater.

... Surg. gyn. Obst. 1957, 104, 357-366

LAMY J., MICHOTÉY G., BRICOT R., SARLES J.C. et RODDE J.M.

Tumeurs malignes de la voie biliaire principale. A propos de 18 observations.

... Ann. Chir. 1965, 19, 1035 - 1045

LEVASSEUR J.C., ROUX M. et VAYRE P.

Cancer de la convergence des canaux hépatiques.

... La Presse Médicale, 1967, 75, supplément au n° 29, 111

LEVRAT M., TISSOT A. et TETE R. (Lyon)

Le cancer primitif de la vésicule biliaire. Statistique de
45 observations personnelles.

... Revue Inter. d'Hépatologie, tome XV n° 7, 1965

Mc CARTHY C.F., and ESPINER H.J.

Carcinome des voies biliaires chez le mari et la femme.

... GUT, 1969, 10, 94-97

MAILLET P., BRETTE R., TISSOT FAVRE A., CUCHE J., et COSENTINO C.

Cancer primitif de la voie biliaire principale.

... J. Med. Lyon, 1969, 50/1171 (1201/1224)

MARCHAL G.

Calculo-Cancers de la vésicule biliaire.

... Société de chirurgie de Lyon, 1969, 13-2

MARCHE Cl., LAUMONIER R., MARTIN E. et DEBRAY Ch.

Le Cancer primitif de la vésicule biliaire : données anatomo-
pathologiques à propos de 52 observations.

... Arch. Fr. Mal. App. Dig., 54, 1-2, 25-50, 1965

MARQUEZ QUIROGA E., ROMEO I.J., MARTIN J. SERU de CIR

Incidencia del carcinoma en 1 000 operaciones de vesicula y
vias biliares.

... Rev. Med. Valparaiso 1969 - 22/1 (3/7)

MASSOT P.

Localisations anatomiques et anatomo-pathologie
(ictères néoplasiques et cancers des voies biliaires).

... Rev. Prat. 1960, 10, 2451-2458

MERCADIER M.

Traité de thérapeutique chirurgicale (sous la direction de J. SENEQUE).

... T. IV, 1 vol. Masson et Cie édit., 1964

MERCADIER M., CLOT J.P. et GRILLOT G.

Les cancers du cholédoque rétropancréatique (ampullome vatérier excepté).

... Ann. de Chirurgie, 1968, 22, 1255-1259

MONGES H., DALMAS H., ROUZAUD R. et CHAMLIAN A. (Marseille)

Cancer du confluent bilio-pancréatique.

... Revue Int. Hépatologie, tome XIX, n° 8, 1969, 602/615

MORICE A., BEZARD J.

Deux observations d'hémorragie digestive avec hémobilie.

... Mem. Acad. Chir. 1961, 87, pp. 619

MOUCHET A., MARQUAN J., GARCIN J.P. et Coll.

Les cancers de la voie biliaire principale à l'exclusion des tumeurs de la papille.

... Ann. de Chirurgie, 1968, 22, 303-308

MOURGUE-MOLINES E., CARABALONA P. et VERNHET J.

Les cancers de la voie biliaire principale (pédicule et hile hépatique).

... Montpellier chir., 1964, 10, 233-245

NAPOLI D. et MONETTI N.

Contributo dell'indagine radiologica alla diagnosi del carcinoma primitivo della colecisti.

... Quad. Radiol. 1969, 34/3 (221/246)

NORDECKE E. and BOHME P.E.

Beitrag zur kenntnis der gllenwegscarcinome.

... Langenbecks Arch. Klin. Chir. 1969 - 323/4 (279/291)

OLIVIER C.

Chirurgie des voies biliaires.

... 1 vol. Masson édit. Paris 1961

ORCEL L.

Le cancer des voies biliaires. In : cancer primitif du foie et des voies biliaires.

... Masson edit. 1958, pp. 111-160

PATEL J., PATEL J.C., LEGER L.

Voies biliaires extra-hépatiques, pancréas.

... Nouveau traité de technique chirurgicale. Tome XII fascicule 2. Masson et Cie, 1969.

PELOQUIN A. et SCHOEVAERDTS

Analyse de 45 cas de cancer de la vésicule biliaire.

... Union méd. Canada 1967, 96, 726-734

PHILLIPS S.J. and ESTRIN J.

Primary Adenocarcinoma in a cystic duct stamp

... Arch. Surg. Vol. 98, Feb. 1965

POILLEUX J., VIVIER J., MOINET Ph., LAGADEC B., HIVET M.

Les cancers de la voie biliaire principale pédiculaire (A propos de 18 observations).

... Ann. Chir., 25, (9-10) pp. C 491-497 - 1971

POLK H.C.

Carcinoma and calcified gallbladder.

... Gastroenterology, 1966, 50 - 4 582/585

PRIOTON J.B., BERNARD J.N. et SERROV B.

La double cholangio-jéjunostomie périphérique (droite et gauche) dans le traitement des cancers primitifs du confluent biliaire supérieur.

... Montpellier chir., 1968, 14, 317-335

PUENTE PEREDA Fr. et GOMEZ GARCIA A.

Surgical treatment of hepatic tumors by hepatic lobectomy.

... Americ. Journ. of Gastroenterology, 1966, 46, 395-401

ROBERTSON W.A., CARLISLE M.D., M.D. and Bob B. Nashville - Tennessee

Primary Carcinoma of the gallbladder. Review of fifty-two cases

... Amer. J. Surg. 1967, 113/6 (738/742)

ROUX M.

Les cancers de la vésicule biliaire.

... Rev. Prat. 1960, X, n° 23, pp. 2511/2515

SAKO K., SEITZINGER G.L. and GARSIDE E.

Carcinoma of the extra hepatic bile ducts. Review of the literature and report of six cases.

... Surg. Gyn. Obst. 1957. 41 - 416-437

SANES S. et Mc CALLUM J.D.

Cancer primitif du foie. Cholangiome avec hépato lithiase.

... Amer. J. Path., 1942, 18, p. 675-683

SATO T., WATANUBE K., SAITOK Y., KOYAMA K., SUDA Y.

Selective arteriography for gallbladder diseases.

... Arch. Surg. 1969, 99 - 598/605

SIEWERT R., CASAU D.

Das gallenblazenkarzinom bericht uber 120 eigene beobachtung.

... DTSCH, Med. J. 1968, 19/7 (223/226)

SOLAN M.J., JACKSON B.T.

Cancer de la vésicule biliaire. Etude clinique et revue de 57 cas.

... British J. Surg. 1971, vol. 58, n° 8, Août.

SULLIVAN R.C. and FARIS T.N.

Hepatico-jejunostomy. Modified Longmire operation for bile duct carcinoma.

... Amer. Jour. Surgery, 1967, 114, 722-725

TACHEV T., KRUSTEV L., BRAILSKI Chr.

Sur la caractéristique enzymo-histologique des cancers du foie. I. Etude de l'activité de la phosphatase alcaline, de la phosphatase acide, de la lipase et de l'estérase non spécifique.

... Revue Inter. d'Hépatologie, 1965, T XV, n° 7, 1233-1246

THORBJARNARSON B.

Cancer des canaux biliaires intra-hépatiques.

... Arch. Surg., 1958, 71, p. 908

VIVIER J.

Cancers de la voie biliaire principale pédiculaire.

A propos de 17 observations.

... Thèse Paris 1970 - Editions médicales et universitaires

WARREN K.W., HARDY K.J., O'ROURKE

Primary neoplasia of the gallbladder.

... Surg. Gyn. Obst. 1968 - 126/5 (1036/1040)

WEILL F., GISSELBRECHT H., RICTATTE J.P., KRAEKENBUHL J., SCHRAUB S.,
BECKER J.

Diagnostic tomo-échographique des dilatations vésiculaires.

... Arch. Fr. Mal. App. Dig. 1971 - 60 - 1-2 - 49/54

